



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGEMBANGAN INSTRUMEN UNTUK MENILAI
PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU DOKTER
PUSKESMASTERHADAP GANGGUAN JIWA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
SPESIALIS KEDOKTERAN JIWA**

ARMA DIANI

0706167885

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I
PROGRAM STUDI ILMU KEDOKTERAN JIWA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
JUNI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya Saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah Saya nyatakan dengan benar

Nama : dr. Arma Diani

NPM : 0706167885

Tanda Tangan : 

Tanggal : 14 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : dr. Arma Diani
NPM : 0706167885
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa
Judul Tesis : Pengembangan Instrumen untuk Menilai Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Dokter Puskesmas terhadap Gangguan Jiwa

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Spesialis Kedokteran Jiwa pada Program Studi Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Richard Budiman Sp.KJ(K) (.....)

Pembimbing : Dr. dr. Nurmiati Amir, Sp.KJ(K) (.....)

Pembimbing : dr. Hervita Diatri, SpKJ (.....)

Penguji : dr. Noorhana, Sp.KJ(K) (.....)

Penguji : dr. Heriani, Sp.KJ(K) (.....)

Penguji : Dr. dr. Martina Wiwie, Sp.KJ(K) (.....)

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 14 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Saya panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penelitian ini dapat Saya selesaikan. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan dokter ahli kedokteran jiwa pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dengan tujuan mendapatkan pengalaman dan wawasan tentang penelitian di bidang kedokteran jiwa.

Penelitian ini dapat diselesaikan atas bantuan, bimbingan, dukungan, kerja sama serta doa restu dari banyak pihak. Untuk itu, Saya menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dr. Richard Budiman, SpKJ (K) selaku pembimbing utama penelitian Saya yang senantiasa memberikan bimbingan, masukan dan dukungan pada Saya selama proses penelitian ini. Dr. dr. Nurmiati Amir, SpKJ (K), selaku pembimbing akademik, dan penelitian, beliau selalu memberikan masukan, bimbingan, perhatian dan dukungan kepada Saya selama proses pendidikan dan penelitian ini. dr. Hervita Diatri, SpKJ, selaku pembimbing penelitian Saya yang selalu memberikan bimbingan, perhatian, dukungan, masukan selama proses penelitian ini.

Terima kasih yang sebesar-besarnya juga Saya haturkan kepada dr. Noorhana, SpKJ (K), Dr.dr. Martina Wiwie, SpKJ(K), selaku penguji penelitian ini, yang telah memberikan masukan-masukan berharga sejak saat penyusunan proposal hingga penyusunan hasil penelitian ini. Saya juga mengucapkan terimakasih kepada dr. Heriani, SpKJ(K) selaku Ketua Program Studi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia sekaligus sebagai penguji penelitian ini yang telah memberikan masukan-masukan terhadap penelitian ini.

Saya juga mengucapkan terima kasih kepada dr. A.A.A. Agung Kusumawardhani, SpKJ (K) selaku Ketua Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dan dr. Tjhin Wiguna, SpKJ(K) selaku sekretaris Program Studi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang telah memberikan bimbingan dan masukannya selama masa pendidikan Saya di Departemen Psikiatri FKUI.

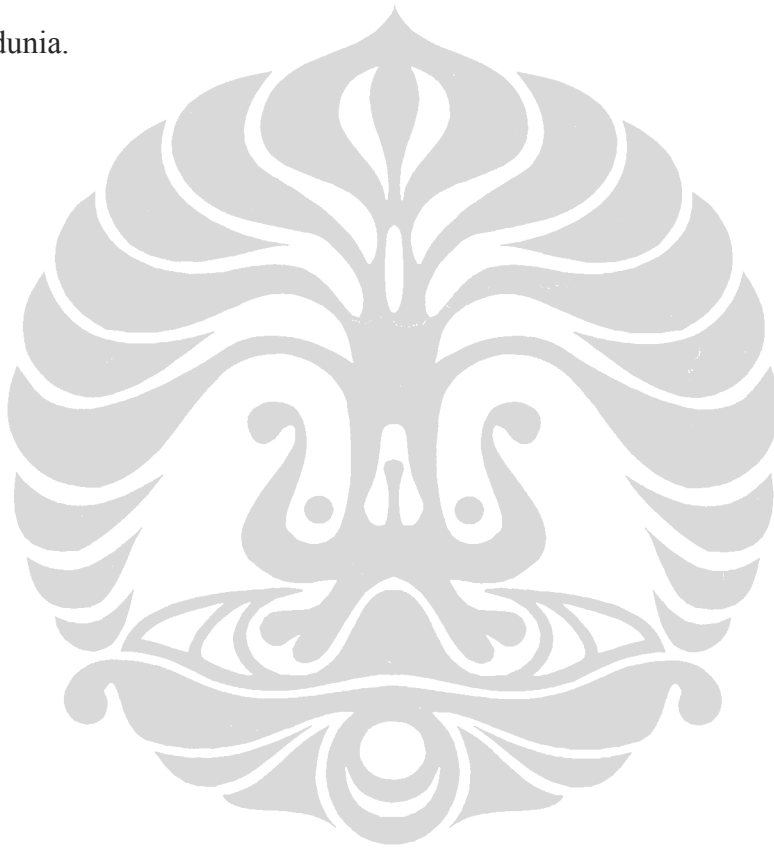
Terima kasih juga Saya ucapkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, para Kepala Suku Dinas Kesehatan di Wilayah DKI Jakarta, para pimpinan Puskesmas Kecamatan DKI Jakarta yang telah memberikan izin bagi Saya untuk melakukan penelitian di Puskesmas di wilayah DKI Jakarta. Saya juga menghaturkan terima kasih kepada dr. Friana Asmely, dr. Darus Sahmedi, dr. Dini Wahyudini yang membantu Saya dalam penelitian, para dokter Puskesmas di wilayah DKI Jakarta yang bersedia mengisi kuesioner penelitian Saya.

Penghargaan dan terima kasih Saya sampaikan pula kepada rekan sejawat selama pendidikan spesialisasi yang telah mendukung dan membantu dalam penelitian ini. Terima kasih juga kepada semua guru dan teman sejawat, tenaga paramedis, tenaga non-medis, serta semua pasien di Departemen Psikiatri FKUI/RSCM yang tidak dapat Saya sebutkan satu persatu.

Terima kasih yang tidak terhingga dan rasa sayang Saya haturkan kepada Ayahanda Nur Akmal dan Ibunda Yarmaini, yang telah membesarkan, mendidik, membimbing dan selalu mendoakan Saya sehingga Saya dapat menyelesaikan pendidikan dan penelitian ini. Terima kasih untuk kakak kakak, adik-adik dan ipar-ipar Saya tercinta yang juga selalu mendukung semua usaha Saya.

Saya menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, Saya sangat menghargai setiap kritik dan saran atas penelitian ini. Akhir kata,

Saya berharap penelitian ini dapat bermanfaat untuk penelitian, pelayanan kesehatan jiwa dan penatalaksanaan kasus-kasus di bidang psikiatri. Pada kesempatan ini pula penulis mohon maaf atas segala kesalahan dan kekhilafan yang mungkin terjadi selama penulis menjalani pendidikan ini. Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada Saya sampai selesainya pendidikan ini dan semoga Saya dapat mengamalkan ilmu yang telah Saya peroleh sebaik-baiknya demi semakin mulianya nama Allah SWT di dunia.



Jakarta, Juni 2012

Arma Diani

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Arma Diani
NPM : 0706167885
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa
Departemen : Psikiatri
Fakultas : Kedokteran
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty Free Rights)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengembangan Instrumen untuk Menilai Pengetahuan, Sikap dan Perilaku dokter Puskesmas terhadap Gangguan Jiwa.

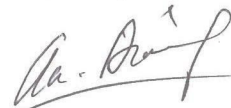
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini. Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 14 Juni 2012

Yang menyatakan



(dr. Arma Diani)

ABSTRAK

Nama : dr. Arma Diani
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa
Judul Tesis : Pengembangan Instrumen untuk Menilai Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Dokter Puskesmas terhadap Gangguan Jiwa

Latar Belakang : Gangguan jiwa sering tidak mendapat pengobatan yang seharusnya. Dokter pada pelayanan primer merupakan kontak awal bagi pasien gangguan jiwa. Pada saat ini belum ada instrumen untuk menilai pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa sehingga perlu dibuat suatu instrumen dan menilai validitas serta reliabilitasnya. Sembilan puluh tujuh dokter umum yang bertugas di Puskesmas di DKI Jakarta, disertakan dalam penelitian dengan *purposive sampling*. Kuesioner terdiri dari sepuluh pertanyaan tentang perilaku, sepuluh pertanyaan tentang sikap dan dua puluh pertanyaan tentang pengetahuan terhadap gangguan jiwa. Hasil penghitungan dengan *Crohnbach's Alpha* menunjukkan instrumen ini belum memiliki *construct validity* dan reliabilitas yang baik ($< 0,7$). Di samping itu, terdapat korelasi antarbutir yang kurang kuat pada beberapa pertanyaan. Reliabilitas konsistensi internal masih belum dapat menunjukkan hasil yang baik, beberapa pertanyaan dapat memperbaiki nilai *Crohnbach's Alpha if item deleted* secara signifikan. Instrumen pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa ini masih belum terbukti validitas dan reliabilitasnya, masih butuh penelitian lebih lanjut untuk mengembangkan instrumen ini.

Kata kunci : pengetahuan, sikap, perilaku, dokter pelayanan primer terhadap gangguan jiwa, uji validitas-reliabilitas.

ABSTRACT

Name : dr. Arma Diani
Study Program : Psychiatry
Titel : Pengembangan Instrumen untuk Menilai Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Dokter Puskesmas terhadap Gangguan Jiwa.

Background : *Mental disorders are often go untreated. Primary care physician is the initial contact to people with mental disorders. Currently, there are no instruments which can evaluate knowledge, attitude and behavior of primary care physician towards mental disorders. It is important to make such an instrument and to test its validity and reliability. Ninety seven primary care physicians who work at the Puskesmas in DKI Jakarta were involved. Purposive sampling was used in this study. Questionnaire consist of ten questions about behavior, ten questions about attitude, and twenty questions about knowledge toward mental disorders. The analysis using by Crohnbach Alpha's showed that this instrumen haven't met good construct validity and reliability ($< 0,7$). There are also weak inter-item correlation in some of the questions. Internal consistency reliability is still not able to show good result. Some questions may improve Crohnbach's Alpha if some items are deleted, but still cannot reach the level of good. The instrument of knowledge, attitudes and behavior of primare care physicians toward mental disorders is still not valid and reliabel and still need further research to develop this instrument.*

Key words: *Knowledge, attitudes, behavior, primary care physicians toward mental disorders, validity-reliabilty test*

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL DAN GRAFIK	xi
BAB 1.PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB 2.TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Pengertian Perilaku	5
2.1.1 Klasifikasi Perilaku Kesehatan	5
2.1.2 Ranah Perilaku	6
2.1.3 Asumsi Determinan Perilaku	10
2.2 Puskesmas	12
2.3 Instrumen	13
2.4 Kerangka Teori	17
2.5 Kerangka Konsep	18
BAB 3.METODE	19
3.1 Desain Penelitian	19
3.2 Lokasi dan Waktu penelitian	20
3.3 Instrumen penelitian	20
3.4 Populasi dan sampel penelitian	21
3.5 Kriteria inklusi dan eksklusi	21
3.5.1 Kriteria inklusi	21
3.5.2 Kriteria eksklusi	21
3.6 Definisi operasional	21
3.7 Cara pengambilan sampel (subjek)	23
3.8 Jumlah sampel	23

3.9 Metode pengumpulan data -----	24
3.10 Izin Pelaksanaan Penelitian dan Masalah Etika-----	24
3.11 Cara Kerja -----	24
3.12 Manajemen dan analisis data -----	25
3.13 Kerangka Kerja -----	26
BAB 4.HASIL PENELITIAN -----	28
BAB 5.PEMBAHASAN-----	49
5.1 Karakteristik responden-----	49
5.2 Pengujian Validitas dan Reliabilitas -----	50
5.2.1 Validitas Kriteria-----	50
5.2.2 Validitas Isi dan Validitas Konstruksi-----	50
5.3 Cronbach's Alpha dan Reliabilitas Konsistensi Internal -----	51
5.4 Analisis Bivariat-----	55
5.5 Kelemahan Penelitian-----	51
BAB 6.SIMPULAN DAN SARAN-----	57
Daftar Pustaka-----	59
Lampiran I.Lembar Informasi Untuk Subjek Penelitian-----	61
Lampiran II.PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN-----	63
Lampiran III.Kuesioner Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Dokter Puskesmas terhadap Gangguan Jiwa.-----	64

DAFTAR TABEL DAN GRAFIK

Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Responden -----	29
Tabel 4.2 Deskripsi Jawaban Perilaku -----	32
Tabel 4.3 Deskripsi Jawaban Sikap -----	35
Tabel 4.4 Deskripsi Jawaban Pengetahuan-----	42
Tabel 4.5 Deskripsi Jawaban Pengetahuan yang benar -----	42
Tabel 4.6 <i>Cronbach's Alpha</i> Perilaku-----	40
Tabel 4.7 <i>Cronbach's Alpha if item Deleted</i> Perilaku -----	40
Tabel 4.8 <i>Cronbach's Alpha</i> Sikap -----	41
Tabel 4.9 <i>Cronbach's Alpha if item Deleted</i> Sikap -----	41
Tabel 4.10 <i>Cronbach's Alpha</i> Pengetahuan-----	43
Tabel 4.11 <i>Cronbach's Alpha if item Deleted</i> Pengetahuan -----	43
Grafik 1. Gambaran grafik frekuensi jawaban perilaku -----	33
Grafik 2. Gambaran grafik frekuensi jawaban sikap-----	36
Grafik 3. Gambaran Grafik Frekuensi Jawaban Pengetahuan -----	43
Grafik 4. Gambaran Diagram Frekuensi Jawaban Pengetahuan yang Benar -----	43

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa sering salah dimengerti, ditakuti, dan distigmatisasi. Akibatnya gangguan jiwa sering tidak mendapat pengobatan yang seharusnya. Di Amerika, sebanyak 48,2 juta (24,1% dari populasi) mengalami berbagai bentuk gangguan jiwa yang dapat didiagnosis, 11,4 juta (5,7%) mengalami gangguan jiwa berat dan 5,4 juta orang (2,7%) mengalami gangguan jiwa berat dan menetap. Sayangnya, hanya satu dari lima orang dengan gangguan jiwa yang mencari pertolongan.¹

Terdapat penelitian yang melaporkan adanya kecenderungan yang kuat di antara masyarakat, bahwa dokter umum merupakan kontak awal dalam mencapai kebutuhan kesehatan jiwa. Penemuan ini mendukung kesimpulan bahwa pasien dengan gangguan jiwa cenderung untuk menemui dokter umum sebelum mereka menemui dokter spesialis. Sayangnya, dokter pada pelayanan primer tidak banyak menemukan pasien gangguan jiwa pada pasien-pasiennya, dan mereka tidak mempunyai waktu atau kecenderungan untuk menangani pasien dengan gangguan jiwa secara efektif. Penemuan ini menunjukkan kebutuhan yang kuat untuk meningkatkan perhatian terhadap isu kesehatan mental dalam pendidikan dokter umum.¹

Terdapat beberapa tema tentang kesehatan mental yang sering muncul pada tulisan tentang depresi di Inggris, seperti tentang keseriusan kondisi, perlunya memastikan penderita mendapatkan pengobatan efektif, adanya jumlah "under treatment" yang seharusnya tidak ada, pentingnya mengatasi peran stigma terhadap "under treatment" tersebut, terdapatnya kesadaran yang meningkat tentang peran penting dokter umum dibanding dokter spesialis, dalam mengatasi kesenjangan ini. Sekitar 90% orang yang dianggap oleh psikiater mengalami gejala depresi dan ansietas, diobati oleh pelayanan primer, terdapat kemungkinan 50% kasus tidak terdeteksi oleh dokter umum.²

Selain itu juga terdapat kesenjangan pengobatan (treatment gap). Sebagai contoh kesenjangan pengobatan, di Kecamatan Leuwiliang perkiraan jumlah pasien psikosis adalah 2661 orang, namun pasien yang mencari pengobatan ke Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah 43 orang, berarti hanya 3% pasien psikosis yang diterapi oleh petugas puskesmas dan terdapat 96.5% kesenjangan pengobatan.³

Contoh lain, prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk 15 tahun keatas (yang diukur dengan SRQ-20) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat, (Riskesdas 2007), terdapat 13,9% penduduk mengalami gangguan mental emosional (depresi dan neurosis), terbanyak di Kabupaten Padang Pariaman 28,4%, dibandingkan dengan Nasional (11,6%) dan dunia (9,6%-18,2%), sedangkan prevalensi Gangguan Stres Pasca Trauma (GSPT) sebanyak 5%-60%.⁴ Berdasarkan *Rapid Assessment* UI dari program peningkatan kapasitas pemulihan pasca bencana di Kabupaten Padang Pariaman yang di lakukan oleh Tim Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia tahun 2010, didapatkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional (depresi dan neurosis) sebanyak 13%, sedangkan Gangguan Stres Pasca Trauma (GSPT) di kabupaten tersebut adalah 25%. Meskipun demikian, angka utilisasi dari sembilan kecamatan di Kabupaten Padang Pariaman, rata-rata untuk depresi neurotik adalah 0,15%, neurosis adalah 0,25% dan GSPT 0,03%. Berdasarkan hal ini banyak kasus gangguan jiwa non psikotik di masyarakat yang belum dapat dikenali, apalagi mendapat pengobatan.⁵ Terjadinya perbedaan yang cukup besar antara prevalensi dengan angka utilisasi di atas, kemungkinan disebabkan oleh adanya pengetahuan yang kurang terhadap gangguan jiwa, sehingga kemungkinan mempengaruhi sikap dan perilaku dalam mengenali gangguan jiwa. Dari hasil observasi ketika peneliti menjadi dokter Puskesmas, didapatkan juga sistem pelaporan yang masih kurang baik, yang belum dapat mencakup semua diagnosis pada gangguan jiwa.

Hasil penilaian kebutuhan tenaga kesehatan layanan kesehatan jiwa tingkat primer yang di lakukan di daerah Padang Pariaman oleh Divisi Komunitas Departemen Psikiatri FKUI-RSCM, didapatkan bahwa sebanyak

64% responden mengatakan mereka membutuhkan kemampuan untuk mendapatkan riwayat penyakit. Sebanyak 73% responden membutuhkan kemampuan untuk mengenali gejala dan 64% responden membutuhkan kemampuan untuk melakukan diagnosis.⁶ Kebutuhan kemampuan yang disebutkan di atas berkaitan dengan pengetahuan. Hal ini menunjukkan perlunya untuk melakukan penelitian yang bertujuan mengetahui tingkat pengetahuan dokter Puskesmas, yang kemungkinan akan mempengaruhi sikap dan perilaku. Pada saat ini belum ada instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa, sehingga perlu dibuat suatu instrumen, sekaligus untuk mengetahui validitas dan reliabilitasnya.

1.2 Rumusan masalah

1. Belum ada instrumen yang sahih untuk mengukur tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa.
2. Diperlukan suatu instrumen untuk mengukur hal tersebut di atas.

1.3 Tujuan Penelitian

Mendapatkan instrumen yang mengukur tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian adalah sebagai berikut:

1. Di Bidang Pendidikan
 - Untuk pusat pendidikan kedokteran: penelitian ini merupakan sarana dalam proses pendidikan. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan terhadap pusat pendidikan kedokteran tentang pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa, serta faktor-faktor yang berhubungan untuk dasar perbaikan kurikulum.
 - Untuk bagian pendidikan Departemen dan Dinas Kesehatan: hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan kepada Departemen dan Dinas Kesehatan untuk dapat menyusun pelatihan

dalam rangka meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa dan pengaruhnya terhadap pelayanan.

2. Di Bidang Pengembangan
 - a. Dapat digunakan sebagai alat untuk penelitian selanjutnya
 - b. Dapat digunakan sebagai alat dalam menyusun pelatihan untuk pengembangan pelayanan kesehatan jiwa.
3. Di Bidang Pelayanan Kesehatan Masyarakat
 - a. Meningkatkan kesadaran dokter Puskesmas tentang pengetahuan, sikap dan perilaku yang dimiliki terhadap gangguan jiwa.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Perilaku⁷

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Menurut Skinner, seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus – Organisme – Respons.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup adalah respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

2.1.1 Klasifikasi Perilaku Kesehatan⁷

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman,

serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

2. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah apabila seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

2.1.2 Ranah Perilaku⁷

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), dalam memberikan respons sangat bergantung dari karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap-tiap orang berbeda-beda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda tersebut dinamakan determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni:

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama antara

beberapa faktor, internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain, perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom, seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu didalam 3 ranah atau kawasan (domain), yaitu ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Dalam perkembangannya teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

1. Pengetahuan (*knowlegde*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan ranah yang penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan lama daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus objek terlebih dahulu.
- b. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap orang tersebut sudah lebih baik lagi.
- d. *Trial*, orang telah mencoba perilaku baru.
- e. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian pada penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas.

Ada enam tingkatan ranah pengetahuan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

b. Pemahaman (*Comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

e. Sintesis

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.

f. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan penilaian terhadap suatu materi/objek.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Allport menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok:

a. kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek

b. kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek

c. kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

b. Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban jika ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Praktik atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*). Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

b. Respons terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

c. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

d. Adopsi (*adoption*)

Adopsi atau adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.1.3 Asumsi Determinan Perilaku⁷

Menurut Spranger membagi kepribadian manusia menjadi enam macam nilai kebudayaan. Kepribadian seseorang ditentukan oleh salah satu nilai budaya yang dominan pada diri orang tersebut. Secara rinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Namun demikian realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan tersebut dipengaruhi oleh faktor lain diantaranya adalah pengalaman, keyakinan, sarana/fasilitas, sosial budaya dan sebagainya.

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap faktor penentu yang dapat mempengaruhi perilaku khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain:

1. Teori Lawrence Green

Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*).

Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2. Teori Snehandu B. Kar

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari:

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
- c. Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- d. Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*).

3. Teori WHO

WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah :

- a. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap objek (objek kesehatan).

- 1) Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
- 2) Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
- 3) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap tindakan-tindakan kesehatan tidak selalu terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu, sikap akan diikuti oleh tindakan mengacu kepada pengalaman orang lain, sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasar pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
 - b. Tokoh penting sebagai panutan. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka sesuatu yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.
 - c. Sumber-sumber daya (*resources*), mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.
 - d. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama dan selalu berubah, baik lambat ataupun cepat sesuai dengan peradaban umat manusia.

2.2 Puskesmas⁸

Puskemas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu

wilayah kerja. Fungsi puskesmas pada awalnya lebih berorientasi kepada upaya kuratif dan rehabilitatif, bergeser kepada upaya preventif dan promotif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Fungsi puskesmas juga makin kompleks, yakni sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, serta pusat pelayanan kesehatan masyarakat strata pertama yaitu meliputi pelayanan kesehatan perorangan, dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Dokter puskesmas adalah tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas yang diberi tugas, tanggungjawab, wewenang, dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pada sarana pelayanan kesehatan.

2.3 Instrumen

Instrumen yang ditujukan untuk mengukur tingkat pengetahuan merupakan suatu kuesioner yang berbentuk tes, dengan jawaban pilihan ganda. Sedangkan instrumen untuk melihat gambaran sikap dan perilaku adalah kuesioner nontes dengan skala Likert yang mempunyai gradasi sangat positif hingga sangat negatif.

Instrumen yang baik harus dapat memenuhi validitas dan reliabilitas, sehingga bila digunakan untuk suatu penelitian dapat menghasilkan suatu data yang dapat dipercaya. Oleh karena itu, penelitian ini juga dilakukan untuk menguji validitas dan reliabilitasnya.

Validitas internal instrumen yang berupa tes harus memenuhi validitas konstruksi dan validitas isi, sedangkan untuk instrumen nontes cukup memenuhi validitas konstruksi.⁹

- Validitas isi dapat diuji dengan membandingkan antara isi instrumen dengan materi pelajaran yang diajarkan dan dengan menggunakan pendapat para ahli, kemudian dianalisis dengan menghitung korelasi antara masing-masing butir dengan keseluruhan butir.⁹
- Validitas konstruksi, yaitu menggambarkan seberapa jauh hasil pengukuran suatu alat ukur sesuai dengan konsep teoritis yang mendasari

keadaan yang diukur. Dalam pengujian validitas konstruksi dilakukan analisis faktor untuk membuktikan apakah pertanyaan yang terkandung dalam suatu alat ukur mewakili apa yang hendak diukur. Dari pengujian tersebut akan menghasilkan nilai koefisien korelasi tiap butir pertanyaan terhadap nilai total yang bervariasi dari yang lemah hingga yang kuat.⁹ Pada penelitian ini setelah pengujian dari para ahli, diteruskan dengan melakukan pengujian terhadap sampel, setelah data dikumpulkan, dilakukan analisis faktor dengan menggunakan *Cronbach's Alpha*.

Validitas eksternal diuji dengan membandingkan antara kriteria yang ada pada instrumen dengan instrumen lain yang dianggap sebagai standar baku.⁹

Dalam uji reliabilitas, instrumen ini diuji apakah hasil pengukurannya stabil dan dapat dipercaya atau tidak. Pada penelitian ini tidak dilakukan pengujian realibilitas *inter-rater* karena kuesioner dijawab langsung oleh subjek penelitian dan penilaiannya tidak dilakukan oleh pemeriksa. Pengujian reliabilitas *test-retest* tidak dilakukan karena subjek adalah dokter Puskesmas yang mempunyai banyak faktor yang dapat mengubah kondisi yang berkaitan dengan pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap gangguan jiwa. Instrumen ini sendiri juga dapat memberikan informasi mengenai hal tersebut, sehingga pengukuran yang dilakukan pada subjek yang sama pada waktu yang berbeda kemungkinan dapat menghasilkan nilai pengukuran yang berbeda, selain itu juga waktu dan tenaga peneliti yang tidak memungkinkan untuk dilakukan pengukuran kedua. Reliabilitas konsistensi internal dilakukan untuk mengukur apakah sejumlah pertanyaan/pengukuran pada suatu instrumen mengukur hal yang sama. Konsistensi internal diukur dengan menggunakan koefisien *Cronbach's Alpha*. Hasil tersebut juga sama untuk validitas konstruksi.

Cronbach's Alpha adalah suatu koefisien reliabilitas yang umumnya digunakan untuk mengukur konsistensi internal dari suatu tes psikometrik terhadap sampel tertentu. Pertama kali dinamakan alpha oleh penemunya Lee Cronbach pada tahun 1951. Intinya ingin menilai apakah tiap butir pertanyaan (disebut juga variabel konstruksi) pada instrumen ini benar-benar mengukur

atau menilai hal yang sama. Dikatakan bahwa semakin besar nilainya, maka semakin konsisten instrumen tersebut.¹⁰

Mengenai besar nilai terendah yang bisa dipakai sebagai patokan untuk mengukur konsistensi suatu instrumen memang tidak ada ketentuan yang pasti. Beberapa profesional di bidangnya masing-masing mengemukakan pendapat bahwa nilai 0.700 atau lebih adalah nilai yang dianggap cukup konsisten bagi suatu instrumen untuk dapat digunakan. Namun demikian, berapa nilai minimal yang tepat sebenarnya sangat bergantung dari kegunaan suatu instrumen, sehingga tidak dapat disamakan untuk semua instrumen. Misalnya, ada instrumen yang dianggap harus memiliki ketepatan tinggi sehingga diperlukan reliabilitas yang sangat tinggi pula (di atas 0.900) atau bahkan harus tepat 100% (nilai *Cronbach's Alpha* 1.000). Sebaliknya ada pula alat ukur yang tidak memerlukan ketepatan yang tinggi sehingga nilai yang lebih rendah dari 0.700 masih dapat diterima dan dianggap masih reliabel.¹⁰ Pada instrumen ini, perlu didiskusikan mengenai berapa nilai *Cronbach's Alpha* yang masih dianggap reliabel, khususnya disesuaikan bagi kurikulum dan kompetensi dokter umum di Indonesia.

Berikut adalah nilai konsistensi internal *Cronbach's Alpha* yang sering digunakan:¹⁰

Nilai *Cronbach's Alpha*

<i>Cronbach's Alpha Internal consistency</i>	
$\alpha \geq .9$	<i>Excellent</i>
$.9 > \alpha \geq .8$	<i>Good</i>
$.8 > \alpha \geq .7$	<i>Acceptable</i>
$.7 > \alpha \geq .6$	<i>Questionable</i>
$.6 > \alpha \geq .5$	<i>Poor</i>
$.5 > \alpha$	<i>Unacceptable</i>

Cronbach's Alpha if item Deleted merupakan suatu teknik untuk menguji apakah pertanyaan-pertanyaan dalam instrumen tersebut jika dihilangkan dapat meningkatkan nilai konsistensi, atau justru melemahkannya.¹¹

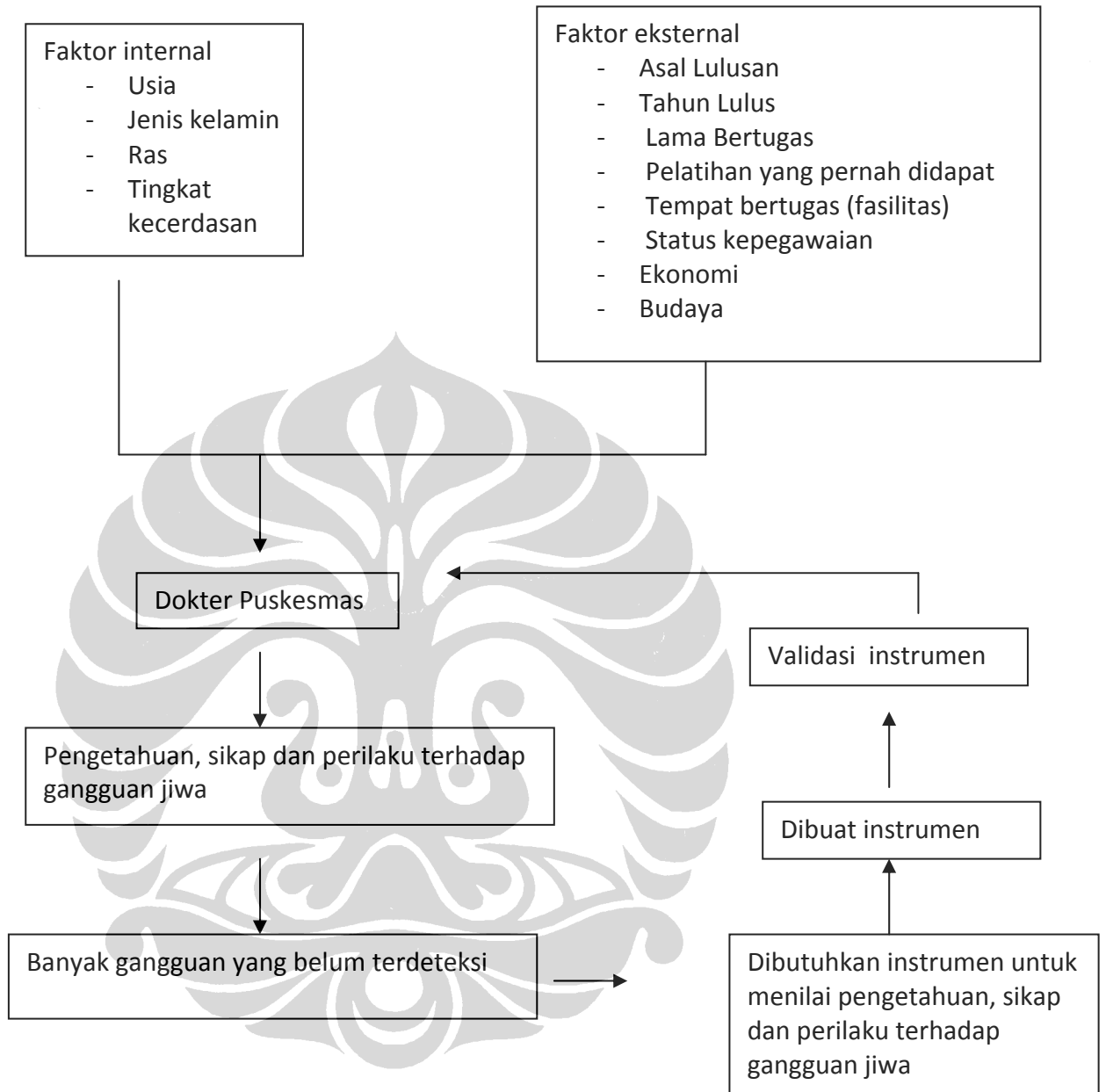
Pada awalnya peneliti membuat soal dengan mencoba mengadaptasi dari instrumen survey *Community Attitudes to Mental Illness (CAM)*, yang dikembangkan oleh Taylor and Dear (1981). Setelah mendapat masukan dari para konsulen, peneliti mencoba membuat instrumen sendiri dengan pertanyaan yang berdasarkan pengalaman dan observasi selama menjadi dokter Puskesmas untuk bagian instrumen sikap dan perilaku.

Kuesioner untuk tingkat pengetahuan dibuat berdasarkan buku panduan staf pengajar, modul praktik klinik ilmu psikiatri 2010-2011 Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia 2010-2011, yang sesuai dengan KURFAK 2005. Lingkup bahasanya disesuaikan dengan tingkat kemampuan yang diharapkan dicapai pada akhir pendidikan dokter antara tingkat kemampuan 3a hingga 4, yaitu:¹²

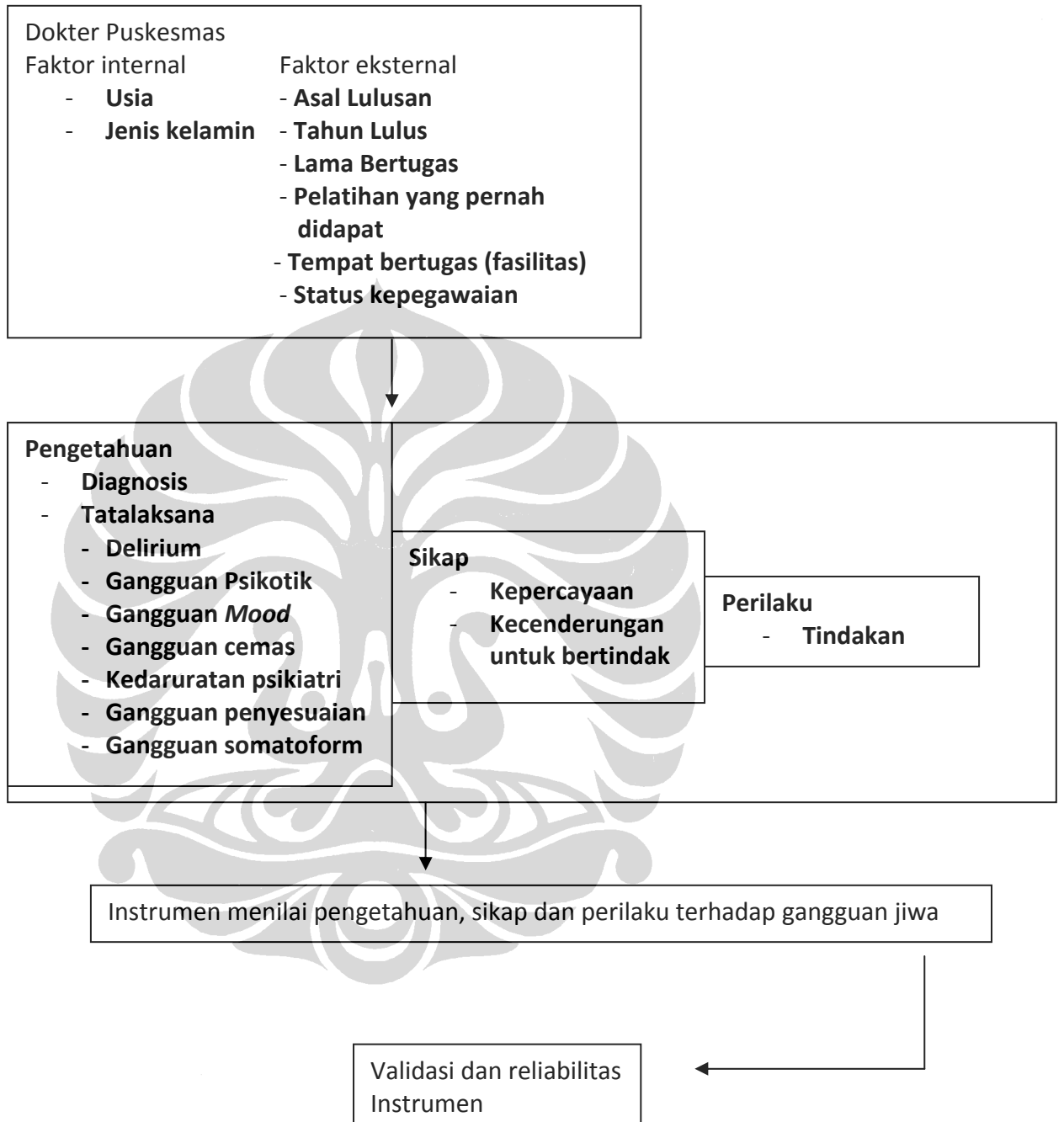
- 3a, dokter dapat membuat diagnosis klinik, memutuskan dan memberi terapi pendahuluan serta merujuk ke spesialis yang relevan yaitu untuk gangguan mood, gangguan cemas serta gangguan somatoform.
- 3b, dokter dapat membuat diagnosis klinik, memutuskan dan memberi terapi pendahuluan, serta merujuk ke spesialis yang relevan (kasus gawat darurat) yaitu untuk delirium dan kedaruratan psikiatrik
- 4, dokter dapat membuat diagnosis klinik, memutuskan dan mampu menangani problema secara mandiri hingga tuntas yaitu untuk gangguan psikotik dan gangguan penyesuaian.

Peneliti kemudian membuat pertanyaan berdasarkan gambaran penyakit terbanyak, serta gejala dan tanda dari penyakit, serta tatalaksananya, yang diambil dari PPDGJ III dan buku *Kaplan Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Soal-soal ini kemudian di diskusikan dengan para pembimbing dan diperbaiki beberapa kali. Setelah itu disebarakan pada sepuluh orang dokter umum untuk medapatkan masukan tentang pertanyaan atau kalimat yang tidak dipahami, serta untuk mengetahui kisaran waktu pengerjaan. Setelah diperbaiki berdasarkan masukan tersebut, baru kemudian instrumen di uji kepada sampel.

2.4 Kerangka Teori



2.5 Kerangka Konsep



BAB 3

METODE

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah uji diagnostik terhadap instrumen pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa.

Penelitian ini dilakukan dalam dua tahap:

A. Uji validitas

Validitas isi (*content validity*)

- Peneliti mengkaji validitas isi instrumen secara *judgmental* oleh para pakar.

Validitas konstruksi (*construct validity*)

- Pada studi ini dilakukan pengukuran untuk membuktikan bahwa setiap variabel mewakili yang ingin diukur. Dalam pengukuran ini digunakan *Cronbach's Alpha*.

Validitas kriteria

- Skala pembandingan sebagai baku emas adalah soal psikiatri dari ujian kompetensi dokter Indonesia. Pada saat ini belum ada instrumen untuk mengukur tingkat pengetahuan, gambaran sikap dan perilaku dokter puskesmas, sehingga sebagai baku emas untuk pengetahuan, diambil soal-soal dari ujian kompetensi, yang dibuat oleh para ahli, sebab seseorang dinyatakan sebagai dokter dan dapat menjalankan tugas sesuai kompetensinya setelah lulus ujian kompetensi tersebut.

- B. Instrumen ini hanya menguji reliabilitas konsistensi internal dengan menggunakan *Cronbach's Alpha*. Pengisian kuesioner dilakukan langsung oleh subjek dan tidak dilakukan penilaian oleh pemeriksa, sehingga tidak perlu dilakukan reliabilitas *inter-rater*, serta pada dokter Puskesmas terdapat banyak faktor yang dapat mengubah kondisi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap gangguan jiwa, serta instrumen ini sendiri dapat memberikan informasi mengenai hal tersebut sehingga

kemungkinan hasil akan tidak konsisten, juga karena kendala waktu dan tenaga yang tidak cukup, uji reliabilitastest-retest tidak dapat dilakukan

3.2 Lokasi dan Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas yang terletak di Propvinsi DKI Jakarta selama tiga bulan dari bulan Januari2012 - Maret 2012.

3.3 Instrumen penelitian

Intrumen penelitian diisi sendiri oleh responden dan terdiri dari empat bagian:

- Bagian pertama berupa informasi tentang karakteristik sosio-demografi responden.
- Bagian kedua terdiri dari sepuluh pernyataan mengenai perilaku terhadap gangguan jiwa, dan responnya dikodekan dalam bentuk lima poin skala berupa satu untuk sangat setuju hingga lima untuk sangat tidak setuju pada pernyataan yang bersifat negatif dan sebaliknya pada pernyataan yang bersifat positif.
- Bagian ketiga berupa sepuluh pernyataan tentang sikap terhadap gangguan jiwa, dan responnya dikodekan dalam bentuk lima poin skala berupa satu untuk sangat setuju hingga lima untuk sangat tidak setuju pada pernyataan yang bersifat negatif dan sebaliknya jika pernyataan merupakan pernyataan bersifat positif.
- Bagian keempat terdiri dari dua puluh pertanyaan mengenai pengetahuan terhadap gangguan jiwa yang sesuai kompetensi dokter pada kuesioner, yang berupa pertanyaan dengan pilihan ganda, dengan setiap jawaban diberi skor terendah nol tertinggi satu.

Pertanyaan-pertanyaan ini dapat di kelompokkan dalam tujuh ranah yang harus dikuasai oleh dokter umum pada tingkat kompetensi 3a – 4, jumlah pertanyaan dibuat berdasarkan prevalensi gangguan yang terjadi di masyarakat yaitu:

1. Delirium (dua pertanyaan),
2. Gangguan psikotik (dua pertanyaan),
3. Gangguan suasana perasaan (empat pertanyaan),

4. Gangguan cemas (enam pertanyaan),
5. Kedaruratan psikiatri (dua pertanyaan),
6. Gangguan penyesuaian (dua pertanyaan)
7. Gangguan somatoform (dua pertanyaan).

Skor ideal untuk pengetahuan = $1 \times 20 = 20$ (1 = skor tertinggi tiap item, 20 = jumlah butir instrumen). Responden dapat dikatakan mempunyai pengetahuan baik jika dapat mendapat skor 60% dari skor ideal, berdasarkan nilai batas lulus UKDI.¹³

3.4 Populasi dan sampel penelitian

- a. Populasi: dokter yang bertugas di Puskesmas
- b. Populasi terjangkau: dokter yang bertugas di Puskesmas-Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta pada bulan September 2011 – November 2011.
- c. Sampel: dokter yang bertugas di Puskesmas-Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi

3.5 Kriteria inklusi dan eksklusi

3.5.1 Kriteria inklusi

1. Dokter yang bertugas di Puskesmas-Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta.
2. Bersedia menjadi subjek.

3.5.2 Kriteria eksklusi

Tidak dapat menyelesaikan pengisian kuesioner

3.6 Definisi operasional

Supaya tidak terjadi makna ganda di dalam penelitian ini, dan agar dapat terukur, maka dibuatlah batasan-batasan. Yang termasuk dalam definisi operasional adalah:

- Data Demografi
 - Jenis Kelamin : Lelaki atau perempuan.
 - Usia : Umur terakhir saat subjek berulang tahun.
 - Asal lulusan : Universitas asal subjek lulus sebagai dokter
 - Tahun lulusan : Tahun ketika subjek dinyatakan lulus sebagai dokter

- Lama bertugas : Lama tugas subjek sebagai dokter hingga saat penelitian dilakukan
 - Tempat tugas : Tempat tugas subjek sebagai dokter pada saat penelitian dilakukan
 - Lokasi tempat tugas: Daerah tempat tugas subjek sebagai dokter pada saat penelitian dilakukan. Terbagi atas biasa, terpencil, sangat terpencil
 - Status kepegawaian: Status kepegawaian dokter puskesmas, PNS atau PTT
- Dokter adalah dokter yang melakukan pelayanan medis di poliklinik umum, Puskesmas keliling, Puskesmas pembantu, pos pelayanan terpadu di Puskesmas.⁸
 - Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah unit fungsional pelayanan kesehatan terdepan sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kota atau kabupaten yang melaksanakan upaya penyuluhan, pencegahan dan penanganan kasus-kasus penyakit di wilayah kerjanya, secara terpadu dan terkoordinasi.⁸
 - Gangguan jiwa adalah yaitu suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial.¹⁴
 - Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu.⁷ Pengukuran tingkat pengetahuan dilakukan dengan cara, responden menjawab pertanyaan mengenai pengetahuan yang sesuai kompetensi dokter pada kuesioner, yang berupa pertanyaan dengan pilihan ganda, dengan setiap jawaban diberi skor terendah nol tertinggi satu.
 - Perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsang dari luar).⁷ Kuesioner untuk melihat perilaku berupa pertanyaan dengan skala Likert yang mempunyai gradasi sangat positif hingga sangat negatif.

- Sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek.⁷ Kuesioner untuk melihat sikap berupa pertanyaan dengan skala Likert yang mempunyai gradasi sangat positif hingga sangat negatif.

3.7 Cara pengambilan sampel (subjek)

Sampel diambil dengan *carapurposive sampling* yaitu setelah menghitung jumlah sampel yang diperlukan dari setiap kecamatan pada masing-masing wilayah kotamadya, semua subjek yang ada dan memenuhi kriteria dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi.

3.8 Jumlah sampel

Sampel adalah sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi. Besar sampel ditentukan dengan rumus untuk studi deskriptif yaitu:¹⁵

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

Z_{α} = deviat baku $\alpha = 1,96$

P = Proporsi dokter Puskesmas yang mempunyai perilaku baik. (Belum ada data, sehingga digunakan P = 0,50)

Q = 1-P = 0,50

d = presisi, kesalahan yang masih bisa diterima. Jika proporsi 20-80%, nilai d yang dianjurkan $\leq 10\%$, maka ditetapkan d = 10% = 0,1

Dengan demikian jumlah sampel (N)

$$= \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

$$= \frac{(1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50}{(0,1)^2}$$

$$= \frac{0,9604}{0,01}$$

$$= 96,04$$

$$= 96,04 \text{ dibulatkan menjadi } 97$$

Untuk menghindari terjadinya kekurangan sampel karena ada sampel yang keluar, maka jumlah sampel ditambahkan 10%, sehingga didapatkan jumlah sampel menjadi 106

Untuk penelitian deskriptif kategorik, syarat besar sampel adalah $P \times N > 5$. Pada penelitian ini, pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas yang baik tidak diketahui, sehingga P dipergunakan $50\% \pm 10\%$ sehingga proporsi minimal didapatkan 40% dan proporsi maksimal 60%. Jika dihitung nilai $P \times N$ akan didapatkan minimal $40\% \times 97 = 38,8 > 5$. Dengan demikian besar sampel 97 valid untuk digunakan.

3.9 Metode pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuesioner yang dilakukan sendiri oleh responden.

3.10 Izin Pelaksanaan Penelitian dan Masalah Etika

Penelitian akan dilakukan setelah mendapat izin dari Ketua Departemen Psikiatri FKUI, Komite Etik FKUI dengan nomor: 499/PT02.FK/ETIK/2011, dan Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta berupa keputusan Gubernur Propinsi DKI Jakarta dengan nomor: 1666/2011. Subjek penelitian diberikan penjelasan tentang tujuan dan aktivitas penelitian ini. Subjek penelitian yang setuju dan memberikan *informed consent* tertulis dinyatakan sebagai responden.

3.11 Cara Kerja

- Peneliti pertama-tama membuat kuesioner pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa dengan berdasarkan Buku Panduan Staf Pengajar, Modul Praktik Klinik Ilmu Psikiatri 2010-2011 Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia 2010-2011, yang sesuai dengan KURFAK 2005. Kuesioner ini terdiri dari 20 pertanyaan yang dapat di kelompokkan dalam tujuh ranah yang harus dikuasai oleh dokter umum pada tingkat kompetensi 3a – 4, sedang jumlah pertanyaan dibuat berdasarkan prevalensi gangguan yang terjadi di masyarakat. Yaitu:

1. Delirium (2 pertanyaan),
2. Gangguan psikotik (2 pertanyaan),
3. Gangguan suasana perasaan (4 pertanyaan),
4. Gangguan cemas (6 pertanyaan),
5. Kedaruratan psikiatri (2 pertanyaan),

6. Gangguan penyesuaian (2 pertanyaan)

7. Gangguan somatoform (2 pertanyaan).

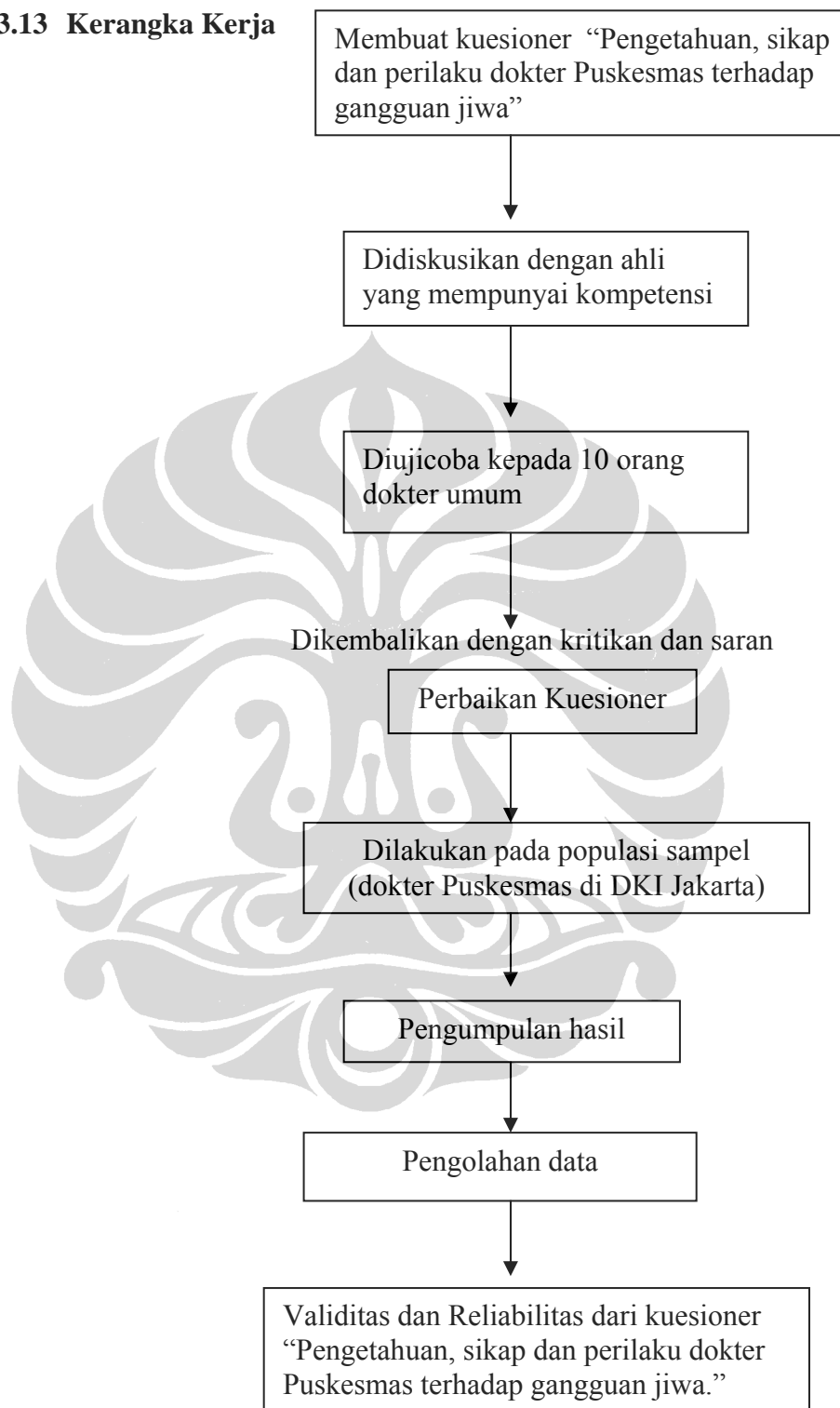
- Kemudian didiskusikan dengan ahli-ahli yang mempunyai kompetensi dalam bidang pendidikan psikiatri. Diskusi tersebut untuk mempertimbangkan setiap butir pertanyaannya mewakili tingkat pengetahuan dari responden.
- Kuesioner tersebut kemudian diuji terlebih dahulu, dengan cara disebarkan kepada dokter umum sebanyak sepuluh orang. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui jika ada pertanyaan atau kalimat yang sulit dipahami. Setelah kuesioner dikembalikan, peneliti memperbaiki berdasarkan masukan dari para dokter umum.
- Peneliti kemudian mengajukan surat permohonan izin pada Kepala Departemen Psikiatri agar dapat melakukan penelitian terhadap dokter Puskesmas di wilayah Propinsi DKI Jakarta.
- Dengan berbekal surat pengantar dari Kepala Departemen Psikiatri FKUI, peneliti memohon izin pada Pemerintah DKI Jakarta, agar peneliti dapat melakukan penelitian pada dokter Puskesmas di Wilayah Propinsi DKI Jakarta.
- Peneliti menentukan sampel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi sesuai dengan karakteristik yang telah ditentukan.
- Peneliti memberikan berkas-berkas penelitian yang terdiri dari:
 - Lembar informasi subjek penelitian
 - Lembar persetujuan subjek penelitian.
 - Formulir data demografis dan kuesioner tingkat pengetahuan, serta sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa.
- Setelah data terkumpul dilakukan analisis data. Didapatkan validitas dan reliabilitas kuesioner, serta data tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa.

3.12 Manajemen dan rencana analisis data

Data dikumpulkan dan dilakukan tabulasi serta diolah secara statistik. Uji reliabilitas yang diukur adalah reliabilitas konsistensi internal (*internal consistency reliability*) menggunakan *Cronbach's Alpha*. Hasil tersebut juga

sama untuk pengukuran validitas konstruksi (*Construct validity*). Penelitian ini menggunakan alat bantu SPSS ver 17.

3.13 Kerangka Kerja



Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Kegiatan	Agustus 2011- Januari 2012	Januari – Maret 2012	April – Mei 2012	Mei 2012
Persiapan				
Pengumpulan data				
Pengolahan data				
Pemaparan hasil				

Anggaran biaya penelitian

A. Tahap persiapan

Biaya konsultasi Statistik Rp. 200.000,-

Penelusuran kepustakaan dan fotokopi Rp. 1.000.000,-

B. Tahap pelaksanaan

Kuesioner, lembar persetujuan, lembar informasi,
10x200x106 Rp. 212.000,-

Biaya transportasi pengurusan izin dan pengambilan
Sampel ke lima wilayah DKI Jakarta Rp. 1.000.000,-

C. Tahap penyelesaian

Biaya Konsultasi Statistik Rp. 300.000,-

Pengolahan data Rp. 4.000.000,-

Penggandaan pelaporan Rp. 1.000.000,-

Jumlah
=====

Rp. 7.712.000,-

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini merupakan suatu uji validitas dan reliabilitas dalam rangka mengembangkan instrumen untuk menilai pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa. Penelitian dilakukan periode September 2011 sampai dengan Maret 2012.

Tahap pertama, kuesioner diuji coba pada sepuluh orang dokter umum yang merupakan peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) selain bagian Psikiatri yang sedang pada tahap Magister. Untuk memperoleh masukan jika ada pertanyaan atau kalimat yang tidak dipahami, serta untuk mengetahui berapa lama waktu pengerjaannya. Didapatkan hasil bahwa secara keseluruhan bahasa yang digunakan cukup jelas, namun pada bagian perilaku, soal no. 4, terdapat ketidakjelasan mengenai “orang” yang dimaksud.

4	Pada pengobatan orang dengan skizofrenia, kepatuhan minum obat menjadi tanggungjawab orang.	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu	d. Tidak setuju e. Sangat tidak
---	---	---	------------------------------------

Soal tersebut kemudian diubah menjadi “orang yang merawatnya”. Waktu pengerjaan antara 8-20 menit.

4	Pada pengobatan orang dengan skizofrenia, kepatuhan minum obat menjadi tanggungjawab orang yang merawatnya	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu	d. Tidak setuju e. Sangat tidak
---	--	---	------------------------------------

Sampel diambil dari dokter Puskesmas di Jakarta dengan maksud agar karakteristik populasi yang diteliti bisa terwakili, sebab populasi di Jakarta adalah populasi majemuk yang berasal dari berbagai daerah di Indonesia. Jakarta juga merupakan kota tempat penyelenggaraan pendidikan kedokteran terbanyak, yang menghasilkan dokter terbanyak. Sampel diambil dengan cara mendatangi langsung ke Puskesmas yang terdapat di Kecamatan-kecamatan di DKI Jakarta. Dokter yang pada saat itu berada di Puskesmas diminta kesediaannya untuk mengisi kuesioner, sebanyak 2-3 dokter.

Dari 103 responden yang berpartisipasi, sebanyak enam responden dikeluarkan karena pengisian kuesioner tidak lengkap. Kuesioner dijawab langsung oleh dokter Puskesmas.

4.1 Karakteristik responden

Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini, meliputi usia, jenis kelamin, asal lulusan, tahun lulusan, tahun bekerja, pelatihan jiwa yang pernah didapatkan.

Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Responden

Variabel	N	%
Umur		
≤ 30 Tahun	22	22,7
> 30 Tahun	75	77,3
Jenis Kelamin		
Laki-laki	9	9,3
Perempuan	88	90,7
Asal Lulusan		
Jawa	76	78,4
Luar Jawa	21	21,6
Tahun Lulus		
≥ 2005	40	41,2
< 2005	57	58,8
Lama Kerja		
≤ 6 Tahun	61	62,9
>6 Tahun	36	37,1
Riwayat Pelatihan		
Pernah	28	28,9
Tidak Pernah	69	71,1
Lokasi Tempat Kerja		
Biasa	97	100,0
Status Kepegawaian		
PNS	82	84,5
Honorer	15	15,5

Dari karakteristik demografi ini didapatkan, usia termuda adalah 25 tahun dan usia tertua adalah 59 tahun dengan usia rata-rata 37, 40 tahun. Jenis kelamin, jumlah perempuan jauh lebih besar (90,7 %) dibanding laki-laki (9,2%). Asal lulusan cukup bervariasi, berasal dari 24 asal lulusan dari seluruh nusantara. Tahun lulusan mempunyai rentang waktu yang cukup jauh,

antara tahun 1980-2010. Tahun bekerja juga mempunyai rentang waktu yang cukup jauh, yaitu antara tahun 1982 - 2011. Pelatihan jiwa yang pernah didapat, sebanyak 28,9% pernah mendapat pelatihan jiwa, namun jenis pelatihan serta waktu dan lama pelatihan bervariasi. Dari status kepegawaian, sebanyak 15,5% adalah pegawai honorer, sedangkan selebihnya adalah PNS.

4.2 Deskripsi Jawaban Pengetahuan Sikap dan Perilaku

4.2.1 Perilaku

Untuk pertanyaan pertama:

Orang yang datang dengan keluhan terdapat riwayat demam dan perubahan perilaku hingga gaduh gelisah, Saya berfokus pada kondisi gaduh gelisahnya.

Sebanyak 13,4% responden menjawab sangat setuju, 22,7% menjawab setuju, 1% menjawab ragu-ragu, 52,6% menjawab tidak setuju, dan 10,3% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan kedua:

Pada orang lanjut usia yang sudah sering lupa dan datang dengan keluhan-keluhan fisik, Saya berfokus pada keluhan fisiknya.

Sebanyak 3,1% responden menjawab sangat setuju, 19,6% menjawab setuju, 3,1% menjawab ragu-ragu, 63,9% menjawab tidak setuju, dan 10,3% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan ketiga:

Terhadap orang-orang dengan ketergantungan obat, setelah mereka bisa berhenti, selanjutnya Saya berfokus pada kondisi fisiknya.

Sebanyak 2,1% responden menjawab sangat setuju, 24,7% menjawab setuju, 1% menjawab ragu-ragu, 61,9% menjawab tidak setuju, dan 10,3% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan keempat:

Pada pengobatan orang Skizofrenia, kepatuhan minum obat menjadi tanggungjawab orang yang merawatnya.

Sebanyak 22,7% responden menjawab sangat setuju, 58,8% menjawab setuju, 1% menjawab ragu-ragu, 14,4% menjawab tidak setuju, dan 3,1% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan kelima

Bila menemukan orang dengan Skizofrenia, Saya akan langsung merujuk

Sebanyak 12,4% responden menjawab sangat setuju, 35,1% menjawab setuju, 9,3% menjawab ragu-ragu, 38,1% menjawab tidak setuju, dan 5,2% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan keenam

Pada orang-orang yang sering merasa sedih hingga ada pikiran bunuh diri, maka Saya perlu memberikan nasihat kepada orang tersebut sebagai pengobatan utama.

Sebanyak 10,3% responden menjawab sangat setuju, 36,1% menjawab setuju, 4,1% menjawab ragu-ragu, 45,4% menjawab tidak setuju, dan 4,1% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan ketujuh

Orang yang berulang kali merasa mendapat serangan jantung sedangkan pada berbagai pemeriksaan tidak ditemukan kelainan apa-apa, Saya akan mengobati sesuai keluhan

Sebanyak 9,3% responden menjawab setuju, 3,1% menjawab ragu-ragu, 66% menjawab tidak setuju, dan 21,6% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan kedelapan

Orang yang berulang kali datang dengan banyak keluhan pada tubuhnya akan langsung Saya berikan obat sesuai keluhan

Sebanyak 2,1% responden menjawab sangat setuju, 1% menjawab setuju, 7,2% menjawab ragu-ragu, 72,2% menjawab tidak setuju, 17,5% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan kesembilan

Orang yang datang dengan keluhan sulit tidur, perlu dipikirkan kemungkinan adanya gangguan jiwa

Sebanyak 28,9% responden menjawab sangat setuju, 59,8% menjawab setuju, 3,1% menjawab ragu-ragu, 7,2% menjawab tidak setuju, dan 1% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan kesepuluh

Orang yang datang dengan keluhan sering merasa tegang, cemas berlebihan, tidak memerlukan terapi obat.

Sebanyak 2,1% responden menjawab setuju, 4,1% menjawab ragu-ragu, 73,1% menjawab tidak setuju, dan 20,6% menjawab sangat tidak setuju.

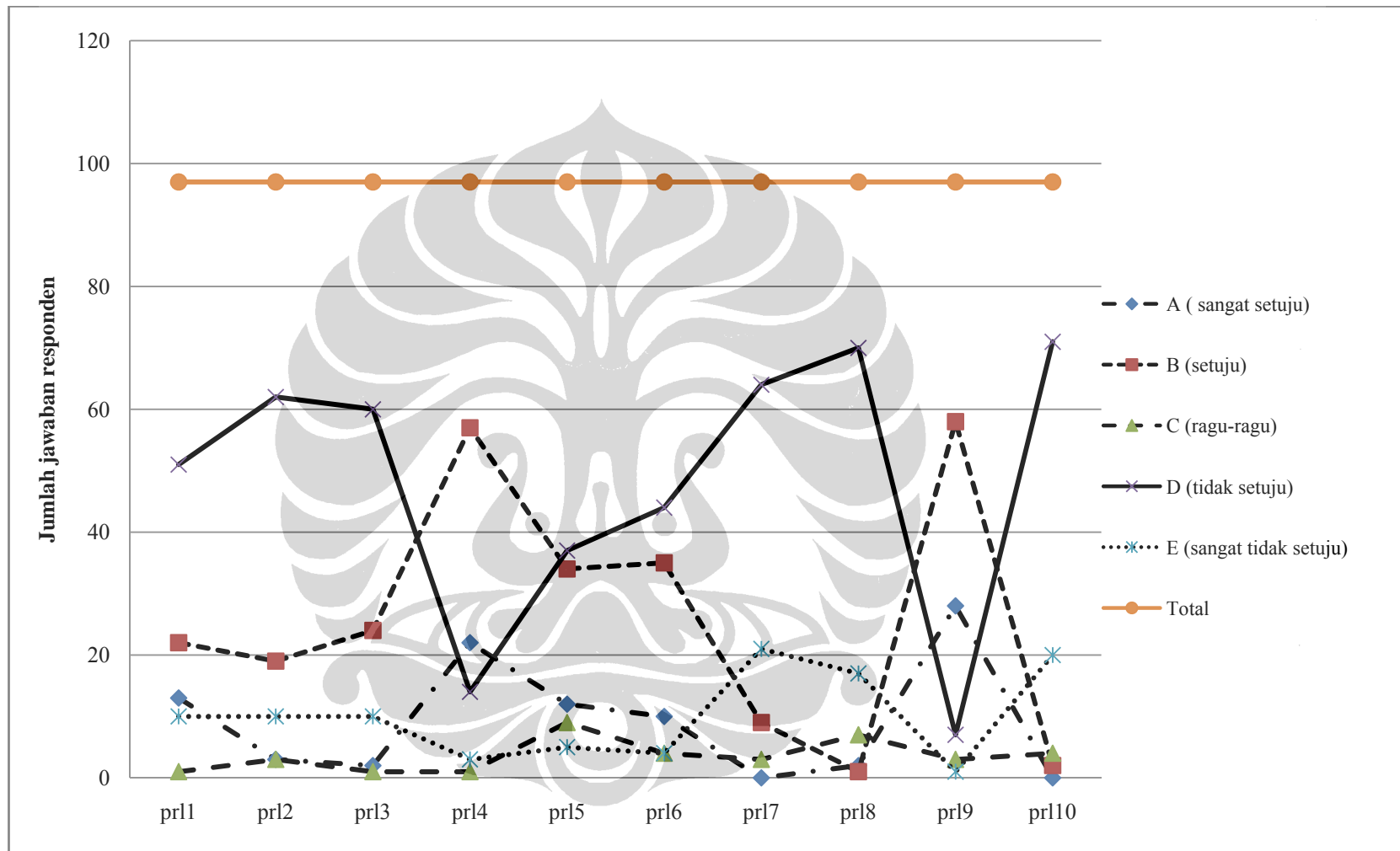
Tabel berikut adalah tabel deskripsi jawaban perilaku

Tabel 4.2 Deskripsi Jawaban Perilaku

Jawaban	Frekuensi									
	Prl	Prl	Prl	Prl	Prl	Prl	Prl	Prl	Prl	Prl
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A (sangat setuju)	13	3	2	22	12	10	-	2	28	-
B (setuju)	22	19	24	57	34	35	9	1	58	2
C (ragu-ragu)	1	3	1	1	9	4	3	7	3	4
D (tidak setuju)	51	62	60	14	37	44	64	70	7	71
E (sangat tidak setuju)	10	10	10	3	5	4	21	17	1	20
Total	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97

Ket: Prl adalah perilaku

Grafik pada halaman berikut adalah gambaran grafik frekuensi jawaban perilaku.



Grafik 1. Gambaran Grafik Frekuensi Jawaban Perilaku

4.2.2 Bagian sikap:

Untuk pertanyaan pertama

Orang dengan skizofrenia sering digambarkan sebagai orang yang berbahaya

Sebanyak 4,1% responden menjawab sangat setuju, 33% menjawab setuju, 6,2% menjawab ragu-ragu, 51,5% menjawab tidak setuju, dan 5,2% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan kedua

Orang skizofrenia perlu segera mendapat pertolongan medis

Sebanyak 37,1% responden menjawab sangat setuju, 53,6% menjawab setuju, 3,1% menjawab ragu-ragu, 6,2% menjawab tidak setuju.

Untuk pertanyaan ketiga

Orang skizofrenia tidak dapat dipulihkan

Sebanyak 1% responden menjawab sangat setuju, 14,4% menjawab setuju, 12,4% menjawab ragu-ragu, 58,8% menjawab tidak setuju, dan 13,4% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan keempat

Orang depresi memerlukan pengobatan secara medis

Sebanyak 16,5% responden menjawab sangat setuju, 73,2% menjawab setuju, 3,1% menjawab ragu-ragu, 7,2% menjawab tidak setuju.

Untuk pertanyaan kelima

Orang depresi merupakan seseorang yang sulit diajak bicara

Sebanyak 2,1% responden menjawab sangat setuju, 18,6% menjawab setuju, 10,3% menjawab ragu-ragu, 59,8% menjawab tidak setuju, dan 9,3% menjawab sangat tidak setuju.

Untuk pertanyaan keenam

Orang depresi tidak dapat pulih seperti semula

Sebanyak 1% responden menjawab sangat setuju, 4,1% menjawab setuju, 75,3% menjawab tidak setuju, dan 19,6% menjawab sangat tidak setuju.

Pada pertanyaan ketujuh

Seseorang dengan gangguan cemas paling tepat digambarkan sebagai seseorang yang melebih-lebihkan keadaan

Sebanyak 5,2% responden menjawab sangat setuju, 61,9% menjawab setuju, 5,2% menjawab ragu-ragu, 23,7% menjawab tidak setuju, dan 4,1% menjawab sangat tidak setuju.

Pertanyaan kedelapan

Seseorang dengan gangguan cemas sulit untuk dipulihkan

Sebanyak 8,2% responden menjawab sangat setuju, 6,2% menjawab setuju, 74,2% menjawab tidak setuju, dan 11,3% menjawab sangat tidak setuju.

Pertanyaan kesembilan

Seseorang dengan gangguan panik memerlukan pertolongan medis

Sebanyak 11,3% responden menjawab sangat setuju, 81,4% menjawab setuju, 3,1% menjawab ragu-ragu, 4,1% menjawab tidak setuju.

Pertanyaan kesepuluh

Seseorang dengan demensia sudah tidak dapat dipulihkan lagi

Sebanyak 3,1% responden menjawab sangat setuju, 38,1% menjawab setuju, 21,6% menjawab ragu-ragu, 33% menjawab tidak setuju, dan 4,1% menjawab sangat tidak setuju.

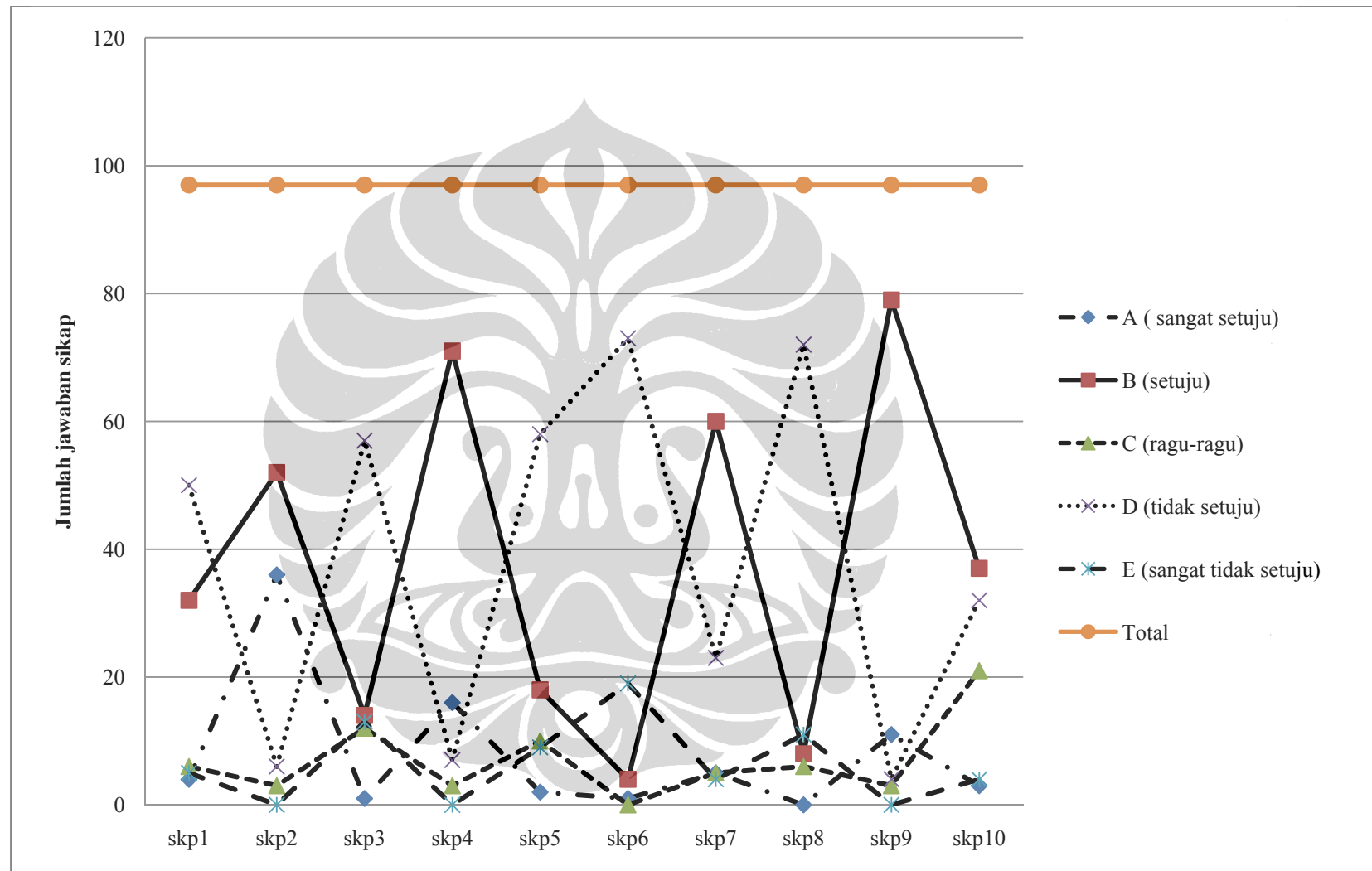
Tabel berikut adalah tabel deskripsi jawaban sikap

Tabel 4.3 Deskripsi Jawaban Sikap

Jawaban	Frekuensi									
	Skp 1	Skp 2	Skp 3	Skp 4	Skp 5	Skp 6	Skp 7	Skp 8	Skp 9	Skp 10
A (sangat setuju)	4	36	1	16	2	1	5	-	11	3
B (setuju)	32	52	14	71	18	4	60	8	79	37
C (ragu-ragu)	6	3	12	3	10	-	5	6	3	21
D (tidak setuju)	50	6	57	7	58	73	23	72	4	32
E (sangat tidak setuju)	5	-	13	-	9	19	4	11	-	4
Total	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97

Ket: Skp adalah sikap

Berikut adalah gambaran diagram frekuensi jawaban sikap



Grafik 2. Gambaran Grafik Frekuensi Jawaban Sikap

4.2.3 Bagian pengetahuan:

Untuk pertanyaan pertama¹⁶

Orang yang mengalami halusinasi dan atau waham yang sangat jelas selama minimal satu bulan dapat didiagnosis sebagai	a. Skizofrenia b. Depresi dengan ciri psikotik c. Psikotik akut d. Skizoakfektif e. Bipolar dengan ciri psikotik
--	--

Sebanyak 60,8% responden menjawab a, 2,1% menjawab b, 29,9% menjawab c, 6,2% menjawab d, dan 1% menjawab e. Sebagian besar (60,8%) menjawab benar.

Untuk pertanyaan kedua¹⁶

Orang yang mempunyai dorongan atau pikiran yang berulang, dan mengganggu meskipun telah coba diabaikan adalah orang dengan	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan obsesif compulsif c. Gangguan panik d. Skizofrenia e. Depresi
--	--

Sebanyak 7,2% responden menjawab a, 86,6% menjawab b, 4,1% menjawab c, 1% menjawab d, dan 1% menjawab e. Sebagian besar (86,6%) menjawab benar.

Untuk pertanyaan ketiga¹⁶

Orang-orang yang merasa cemas sepanjang hari hampir setiap hari adalah orang dengan	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan obsesif compulsif c. Gangguan panik d. Skizofrenia e. Depresi
---	--

Sebanyak 91,8% responden menjawab a, 3,1% menjawab b, 3,1% menjawab c, 2,1% menjawab e. Sebagian besar responden (91,8%) menjawab benar.

Pertanyaan keempat¹⁶

Orang yang datang dengan perilaku kacau yang terjadi secara tiba-tiba, hilang timbul sepanjang hari, sulit mempertahankan, mengalihkan dan memusatkan perhatian adalah orang dengan	a. Skizofrenia b. Psikotik akut c. Delirium d. Gangguan mood e. Gangguan cemas
---	--

Sebanyak 20,6% responden menjawab a, 47,4% menjawab b, 2,1% menjawab c, 24,7% menjawab d, dan 5,2% menjawab e. Responden yang menjawab benar sebanyak 2,1%.

Pertanyaan kelima¹⁷

Orang yang datang dengan demam dan keluhan gaduh gelisah tiba-tiba tanpa pernah ada riwayat sebelumnya adalah merupakan orang	a. Skizofrenia b. Psikotik akut c. Delirium d. Gangguan mood e. Gangguan cemas
---	--

Sebanyak 2,1% responden menjawab a, 17,5% menjawab b, 71,1% menjawab c, 2,1% menjawab d, dan 7,2% menjawab e. Sebagian besar menjawab benar (71,1%).

Pertanyaan keenam¹⁷

Obat lini pertama untuk orang depresi adalah	a. Antipsikotik generasi pertama b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan (<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitor</i>) d. Antidepresan Trisiklik e. Benzodiazepin
--	--

Sebanyak 1% responden menjawab a, 1% menjawab b, 45,4% menjawab c, 41,2% menjawab d, dan 11,3% menjawab e. Sebanyak 45,4% menjawab benar.

Pertanyaan ketujuh¹⁷

Obat lini pertama untuk orang skizofrenia adalah	a. Antipsikotik generasi pertama b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan (<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitor</i>) d. Antidepresan Trisiklik e. Benzodiazepin
--	--

Sebanyak 67% responden menjawab a, 25,8% menjawab b, 3,1% menjawab c, 2,1% menjawab d, dan 2,1% menjawab e. Responden yang menjawab benar sebanyak 25,8%.

Pertanyaan kedelapan¹⁶

Orang yang mengalami sedih yang berkepanjangan, merasa tidak punya tenaga disertai dengan hilang minat terhadap aktivitas sehari-hari merupakan orang dengan	a. Depresi b. Skizofrenia c. Gangguan cemas d. Psikotik akut e. Delirium
--	--

Sebanyak 97,9% responden menjawab a, 1% menjawab d, dan 1% menjawab e. Sebagian besar menjawab benar (95 orang),

Pertanyaan kesembilan^{16,17}

Orang yang datang dengan gejala mirip serangan jantung yang hilang timbul dan datang tiba-tiba tidak tentu waktu adalah merupakan orang dengan	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan panik c. Gangguan mood d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres paska trauma
--	--

Sebanyak 20,6% responden menjawab a, 72,2% menjawab b, 2,1% menjawab c, 3,1% menjawab d, dan 2,1% menjawab e. Sebagian besar responden (72,2%) menjawab benar.

Pertanyaan kesepuluh¹⁶

Orang dengan keluhan sering merasa tegang, sulit tidur, cemas terhadap hampir segala hal, adalah merupakan orang dengan	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan panik c. Gangguan mood d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres paska trauma
---	--

Sebanyak 83,5% responden menjawab a, 8,2% menjawab b, 3,1% menjawab c, 2,1% menjawab d, dan 3,1% menjawab e. Sebagian besar (83,5%) menjawab benar,

Pertanyaan kesebelas¹⁶

Orang yang datang dengan berbagai keluhan fisik yang tidak dapat dijelaskan dan sulit penyembuhannya, kemungkinan terdapat	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan panik c. Gangguan somatosasi d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres paska trauma
--	--

Sebanyak 6,2% responden menjawab a, 3,1% menjawab b, 86,6% menjawab c, 3,1% menjawab d, dan 1% menjawab e. Sebanyak 86,6% menjawab benar.

Pertanyaan kedua belas¹⁶

Orang yang datang setelah mengalami suatu kejadian yang mengancam jiwa dengan keluhan kadang-kadang merasa mengalami kembali kejadian tersebut, ketakutan, tegang, menghindari membicarakan kejadian meskipun telah berlangsung lebih dari 6 bulan adalah mengalami	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan panik c. Gangguan somatisasi d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres pasca trauma
---	--

Sebanyak 1% responden menjawab a, 4,1% menjawab b, 5,2% menjawab c, 1% menjawab d, dan 88,7% menjawab e. Sebanyak 88,7% menjawab benar.

Pertanyaan ketiga belas¹⁶

Orang yang yakin dirinya mengalami suatu penyakit walaupun dari berbagai hasil pemeriksaan medis tidak ditemukan kelainan adalah merupakan orang dengan	a. Gangguan somatisasi b. Hipokondriasis c. Gangguan konversi d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres pasca trauma
---	--

Sebanyak 53,6% responden menjawab a, 38,1% menjawab b, 5,2% menjawab c, 2,1% menjawab d, dan 1% menjawab e. Sebanyak 38,1% menjawab benar.

Pertanyaan keempat belas¹⁶

Orang yang datang dengan banyak bicara dan banyak ide, merasa hebat, banyak energi, selalu merasa senang, yang telah dialami beberapa kali kemungkinan adalah orang	a. Skizofrenia b. Gangguan cemas c. Gangguan bipolar d. Depresi e. Psikotik akut
---	--

Sebanyak 19,6% responden menjawab a, 65,9% menjawab c, 2,1% menjawab d, dan 12,4% menjawab e. Sebanyak 65,9% menjawab benar.

Pertanyaan kelima belas¹⁶

Gejala perilaku dan emosional yang timbul sebagai respon dari suatu stressor adalah merupakan	a. Depresi b. Gangguan penyesuaian c. Gangguan cemas d. Psikotik akut e. Gangguan panik
---	---

Sebanyak 11,3% responden menjawab a, 61,9% menjawab b, 7,2% menjawab c, 8,2% menjawab d, dan 11,3% menjawab e. Sebanyak 61,9% menjawab benar.

Pertanyaan keenam belas¹⁶

Orang dengan gangguan seperti di atas, bila stresornya dihilangkan, orang tersebut akan mengalami	a. Gejala akan tetap bertahan lebih dari 6 bulan b. Dapat sembuh seperti semula c. Gejala bertahan tidak lebih dari 6 bulan d. Jawaban a dan b benar e. jawaban b dan c benar
---	---

Sebanyak 2,1% responden menjawab a, 21,6% menjawab b, 7,2% menjawab c, 10,3% menjawab d, dan 58,8% menjawab e. Sebanyak 58,8% menjawab benar.

Pertanyaan ketujuh belas¹⁷

Orang-orang dengan gangguan cemas, untuk tatalaksana jangka panjang lebih baik diberikan	a. Benzodiazepin b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan d. Mood stabilizer e. Antipsikotik tipik
--	--

Sebanyak 36,1% responden menjawab a, 16,5% menjawab b, 28,9% menjawab c, 16,5% menjawab d, dan 2,1% menjawab e. Sebanyak 28,9% menjawab benar.

Pertanyaan kedelapan belas¹⁷

Orang-orang dengan gangguan mood, untuk mengatasi perubahan moodnya, diberikan	a. Benzodiazepin b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan d. Mood stabilizer e. Antipsikotik tipik
--	--

Sebanyak 3,1% responden menjawab a, 2,1% menjawab b, 5,2% menjawab c, 89,7% menjawab d. sebanyak 89,7% menjawab benar.

Pertanyaan kesembilan belas¹⁷

Pada orang yang datang dengan percobaan bunuh diri atau mempunyai ide-ide bunuh diri, seharusnya	a. Diberikan nasehat b. Dirawat di rumah sakit c. Dimarahi d. Diberi teguran e. Dibiarkan seperti biasa
--	---

Sebanyak 22,7% responden menjawab a, 77,3% menjawab b. Sebanyak 77,3% menjawab benar.

Pertanyaan kedua puluh¹⁷

Tatalaksana orang-orang dengan gaduh gelisah sebaiknya	a. Langsung dilakukan fiksasi b. Langsung diberikan obat minum c. Langsung diberikan obat suntik d. Dilakukan intervensi verbal dahulu e. Didiamkan saja
--	--

Sebanyak 22,7% responden menjawab a, 5,2% menjawab b, 53,6% menjawab c, 18,6% menjawab d. Sebanyak 18,6% menjawab benar.

Tabel berikut adalah tabel deskripsi jawaban pengetahuan dan jawaban pengetahuan yang benar

Tabel 4.4 Deskripsi Jawaban Pengetahuan

Jawaban	Frekuensi																			
	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	59	7	89	20	2	1	65	95	20	81	6	1	52	19	11	2	35	3	22	22
B	2	84	3	46	17	1	25	-	70	8	3	4	37	-	60	21	16	2	75	5
C	29	4	3	2	69	44	3	-	2	3	84	5	5	64	7	7	28	5	-	52
D	6	1	-	24	2	40	2	1	3	2	3	1	2	2	8	10	16	87	-	18
E	1	1	2	5	7	11	2	1	2	3	1	86	1	12	11	57	2	-	-	-
Total	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97

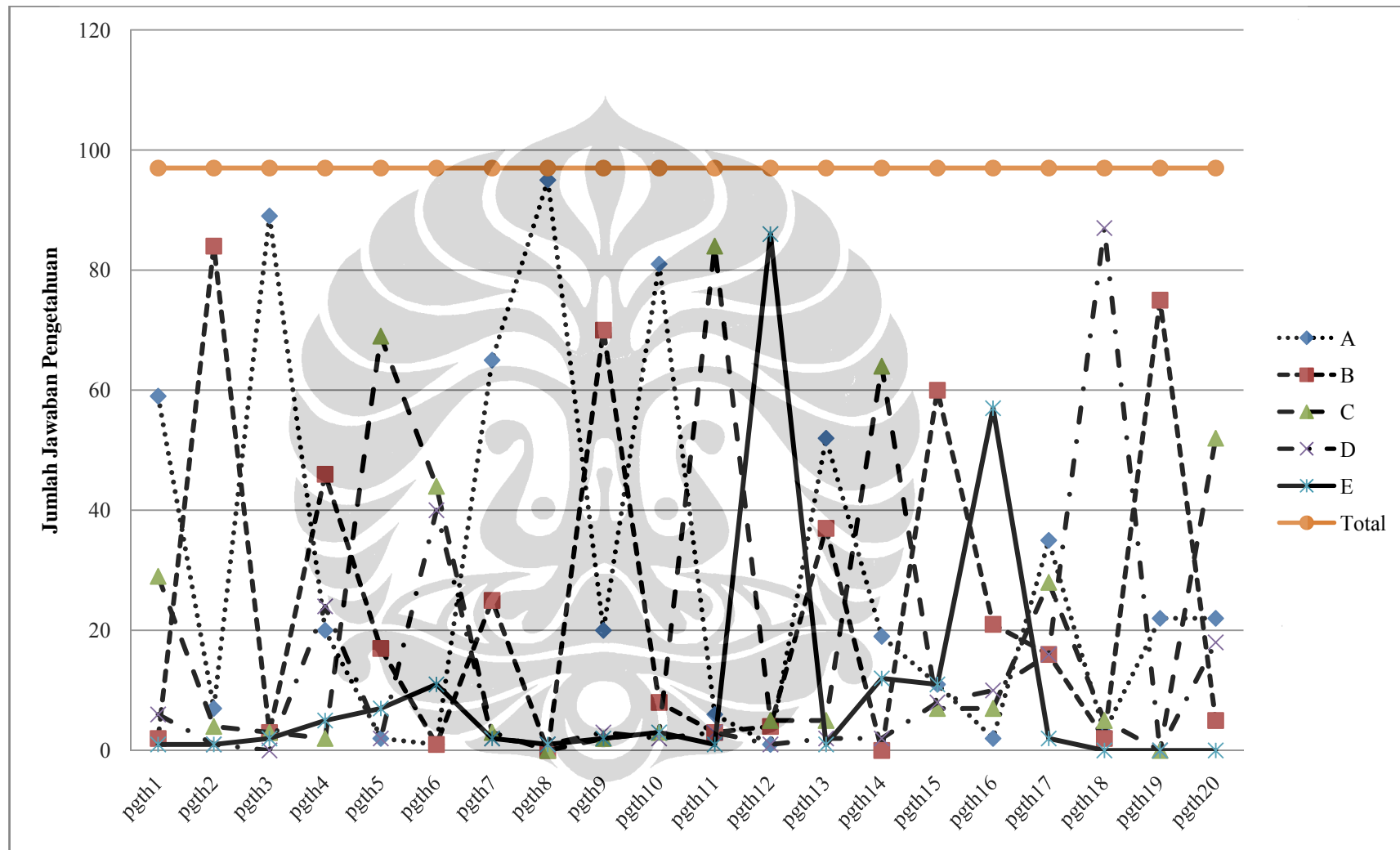
Ket: Pgth adalah pengetahuan

Tabel 4.5 Deskripsi Jawaban Pengetahuan yang benar

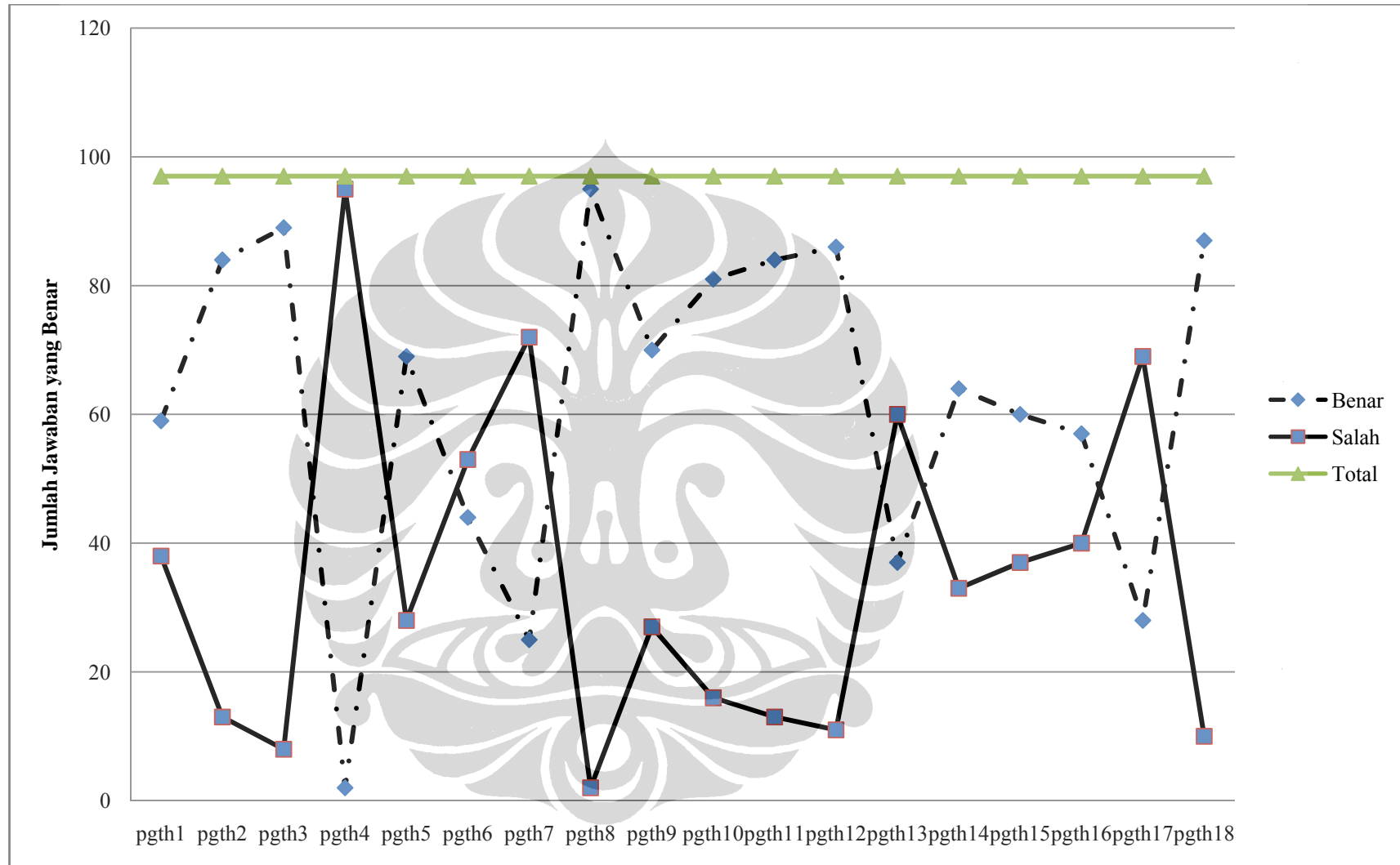
Jawaban	Frekuensi																			
	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth	Pgth
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Benar	59	84	89	2	69	44	25	95	70	81	84	86	37	64	60	57	28	87	75	18
Salah	38	13	8	95	28	53	72	2	27	16	13	11	60	33	37	40	69	10	22	79
Total	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97

Ket: Pgth adalah pengetahuan

Berikut adalah gambaran diagram frekuensi jawaban pengetahuan dan jawaban yang benar.



Grafik 3. Gambaran Grafik Frekuensi Jawaban Pengetahuan



Grafik 4. Gambaran Diagram Frekuensi Jawaban Pengetahuan yang Benar

5 Reliabilitas Konsistensi Internal dan Validitas Konstruksi

5.1 Perilaku

Berdasarkan tabel 4.6, untuk pertanyaan pada perilaku, didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* adalah 0,647. Berdasarkan tabel 4.7, nilai korelasi butir-total, terdapat beberapa pertanyaan yang kurang dari 0,202, yaitu pertanyaan no. 3 dan 9.

Untuk *Cronbach's Alpha ifItem Deleted*, berdasarkan tabel 4.7, terdapat beberapa pertanyaan yang bila dihilangkan akan meningkatkan nilai *Cronbach's Alpha* secara signifikan, yaitu pertanyaan no 3 dan 9.

Pertanyaan perilaku no. 3 dan 9.

3	Terhadap orang-orang dengan ketergantungan obat, setelah mereka bisa berhenti, selanjutnya Saya berfokus pada kondisi fisiknya.
9	Orang yang datang dengan keluhan sulit tidur, perlu dipikirkan kemungkinan adanya gangguan jiwa

Tabel 4.6 dibawah menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* pada pertanyaan perilaku

Tabel 4.6 Cronbach's Alpha Perilaku

<i>Cronbach's Alpha</i>	Jumlah
0.647	10

Tabel 4.7 dibawah menunjukkan nilai korelasi butir-total dan nilai *Cronbach's Alpha If Item Deleted*.

Tabel 4.7 Cronbach's Alphaif Item Deleted Perilaku

	<i>Corrected Correlation</i>	<i>Item-Total</i>	<i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i>
pr1		.348	.617
pr2		.582	.561
pr3		.152	.657
pr4		.259	.634
pr5		.289	.630
pr6		.379	.607
pr7		.390	.611
pr8		.492	.600
pr9		.120	.656
pr10		.221	.640

5.2 Sikap

Berdasarkan tabel 4.8, untuk pertanyaan pada sikap, didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* adalah 0,613. Berdasarkan tabel 4.9, nilai korelasi item-total, terdapat beberapa pertanyaan yang kurang dari 0,202, yaitu pertanyaan no. 2, 9 dan 10.

Pertanyaan sikap no. 2, 9 dan 10

2	Orang skizofrenia perlu segera mendapat pertolongan medis
9	Seseorang dengan gangguan panik memerlukan pertolongan medis
10	Seseorang dengan demensia sudah tidak dapat dipulihkan lagi

Tabel 4.9 dibawah memperlihatkan nilai *Cronbach's Alpha* untuk pertanyaan sikap.

Tabel 4.8 Cronbach's Alpha Sikap

<i>Cronbach's Alpha</i>	Jumlah
0.613	10

Untuk *Cronbach's Alpha if Item Deleted*, berdasarkan tabel 4.9 dibawah, terdapat pertanyaan yang bila dihilangkan akan meningkatkan nilai *Cronbach's Alpha* secara signifikan, yaitu pertanyaan no. 2.

Tabel 4.9 Cronbach's Alpha if Item Deleted Sikap

	<i>Corrected Correlation</i>	<i>Item-Total Cronbach's Alpha if Item Deleted</i>
skp1	.210	.612
skp2	.114	.623
skp3	.302	.584
skp4	.311	.584
skp5	.455	.542
skp6	.451	.559
skp7	.302	.584
skp8	.470	.553
skp9	.137	.614
skp10	.195	.613

5.3 Pengetahuan

Berdasarkan tabel 4.10 untuk pertanyaan pada pengetahuan, didapatkan *Cronbach's Alpha* adalah 0,590. Berdasarkan tabel 4.11 nilai korelasi item-total, terdapat beberapa pertanyaan yang kurang dari 0,202, yaitu pertanyaan 1, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 17 dan 20.

Pertanyaan pengetahuan no 1, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 17, dan 20.

1	Orang yang mengalami halusinasi dan atau waham yang sangat jelas selama minimal satu bulan dapat didiagnosis sebagai	<ul style="list-style-type: none"> a. Skizofrenia b. Depresi dengan ciri psikotik c. Psikotik akut d. Skizoafektif e. Bipolar dengan ciri psikotik
4	Orang yang datang dengan perilaku kacau yang terjadi secara tiba-tiba, hilang timbul sepanjang hari, sulit mempertahankan, mengalihkan dan memusatkan perhatian adalah orang dengan	<ul style="list-style-type: none"> a. Skizofrenia b. Psikotik akut c. Delirium d. Gangguan <i>mood</i> e. Gangguan cemas
5	Orang yang datang dengan demam dan keluhan gaduh gelisah tiba-tiba tanpa pernah ada riwayat sebelumnya adalah merupakan orang	<ul style="list-style-type: none"> a. Skizofrenia b. Psikotik akut c. Delirium d. Gangguan <i>mood</i> e. Gangguan cemas
6	Obat lini pertama untuk orang depresi adalah	<ul style="list-style-type: none"> a. Antipsikotik generasi pertama b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan (<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitor</i>) d. Antidepresan Trisiklik e. Benzodiazepin
7	Obat lini pertama untuk orang skizofrenia adalah	<ul style="list-style-type: none"> a. Antipsikotik generasi pertama b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan (<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitor</i>) d. Antidepresan Trisiklik e. Benzodiazepin
8	Orang yang mengalami sedih yang berkepanjangan, merasa tidak punya tenaga disertai dengan hilang minat terhadap aktivitas sehari-hari merupakan orang dengan	<ul style="list-style-type: none"> a. Depresi b. Skizofrenia c. Gangguan cemas d. Psikotik akut e. Delirium
13	Orang yang yakin dirinya mengalami suatu penyakit walaupun dari berbagai hasil pemeriksaan medis tidak ditemukan kelainan adalah merupakan orang dengan	<ul style="list-style-type: none"> a. Gangguan somatisasi b. Hipokondriasis c. Gangguan konversi d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres pasca trauma
17	Orang-orang dengan gangguan cemas, untuk tatalaksana jangka panjang lebih baik diberikan	<ul style="list-style-type: none"> a. Benzodiazepin b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan d. Mood stabilizer e. Antipsikotik tipik
20	Tatalaksana orang-orang dengan gaduh gelisah sebaiknya,	<ul style="list-style-type: none"> a. Langsung dilakukan fiksasi b. Langsung diberikan obat

	minum c. Langsung diberikan obat suntik d. Dilakukan intervensi verbal dahulu e. Didiamkan saja
--	--

Tabel 4.10 dibawah menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* pengetahuan

Tabel 4.10 Cronbach's Alpha Pengetahuan

<i>Cronbach's Alpha</i>	Jumlah
0.590	20

Untuk *Cronbach's Alpha if Item Deleted*, berdasarkan tabel 4.11 dibawah terdapat beberapa pertanyaan yang bila dihilangkan akan meningkatkan nilai *Cronbach's Alpha* secara signifikan, yaitu pertanyaan no 17.

Tabel 4.11 Cronbach's Alpha if Item Deleted Pengetahuan

	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i>
pgth1	.167	.584
pgth2	.249	.572
pgth3	.342	.565
pgth4	.190	.584
pgth5	.189	.580
pgth6	.179	.582
pgth7	.067	.598
pgth8	.110	.588
pgth9	.341	.555
pgth10	.212	.576
pgth11	.273	.569
pgth12	.430	.552
pgth13	.164	.584
pgth14	.231	.573
pgth15	.242	.571
pgth16	.256	.568
pgth17	-.103	.624
pgth18	.315	.566
pgth19	.363	.553
pgth20	.011	.603

BAB 5

PEMBAHASAN

Dari proses penelitian pengembangan instrumen untuk menilai pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa ini didapatkan beberapa hal untuk dibahas, antara lain:

5.1 Karakteristik responden

Secara umum, karakteristik demografi responden adalah sebagai berikut:

- Usia responden memiliki rerata 37,40 tahun, dengan usia termuda 25 tahun dan tertua 59 tahun. Hal ini menunjukkan rentang usia yang cukup lebar dan kemungkinan berkaitan dengan lamanya lulus dan kurikulum yang didapatkan.
- Jenis kelamin, perempuan jauh lebih banyak dibandingkan lelaki yaitu sebanyak 90,7% dibandingkan dengan lelaki sebanyak 9,3%.
- Asal lulusan responden cukup bervariasi. Terdapat 24 Universitas asal lulusan, yang berada di berbagai daerah di Indonesia. Lulusan terbanyak berasal dari Pulau Jawa, sebanyak 78,4%, terutama berasal dari Jakarta, sebanyak 47,4%.
- Tahun lulus responden juga menunjukkan periode yang cukup jauh, yaitu antara tahun 1980-2010. Hal ini mungkin akan berkaitan dengan kurikulum pendidikan kedokteran, terutama setelah tahun 2005, karena terdapat KURFAK 2005.
- Tahun bertugas yang paling lama adalah tahun 1982, sedangkan yang paling baru adalah tahun 2011. Tidak semua responden langsung bertugas setelah lulus dari pendidikan dokter. Dari hal ini terdapat kemungkinan bahwa mereka memang tidak langsung bertugas atau mereka salah mengerti sehingga mencantumkan tahun bertugas di Puskesmas tempat mereka bekerja sekarang, namun sebenarnya mereka telah bertugas di klinik atau Puskesmas lain sebelumnya.
- Pelatihan jiwa yang didapat, sebanyak 28,9% pernah mendapat pelatihan jiwa, namun jenis pelatihan serta waktu dan lama pelatihan

bervariasi, serta banyak peserta yang tidak mengingat jenis pelatihan serta waktu pelatihan yang didapat.

5.2 Pengujian Validitas dan Reliabilitas

5.2.1 Validitas Kriteria

Pada saat ini belum ada instrumen untuk mengukur tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas, sehingga peneliti mengalami kesulitan untuk menemukan baku emas sebagai pembanding.

Pada awalnya, sebagai baku emas untuk pengetahuan, diambil soal-soal dari ujian kompetensi, yang dibuat oleh para ahli, sebab seseorang dinyatakan sebagai dokter dan dapat menjalankan tugas sesuai kompetensinya setelah mereka lulus ujian kompetensi tersebut. Pertanyaan-pertanyaan dalam ujian kompetensi tersebut adalah mengenai penjabaran psikopatologi yang sesuai teori, karena yang diuji adalah dokter-dokter baru lulus, yang mendapatkan teori tersebut relatif baru dari segi waktu. Demikian juga bentuk pertanyaan, adalah berupa pertanyaan cerita yang memerlukan waktu lebih lama dalam menjawab.

Hal tersebut dinilai tidak sesuai dengan kondisi dokter puskesmas yang telah lulus dalam jangka waktu lama, dan mempunyai waktu terbatas dalam menjawab pertanyaan pada instrumen. Oleh karena itu pertanyaan yang dibuat lebih mengenai tentang gambaran gejala yang sesuai untuk suatu diagnosis serta tatalaksananya sesuai dengan PPDGJ III dan buku *Kaplan Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Demikian juga bentuk pertanyaan, adalah berupa pertanyaan yang langsung dijawab serta memerlukan waktu yang singkat.

5.2.2 Validitas Isi dan Validitas Konstruksi

Sejak awal pembuatan dan penyusunan instrumen ini melalui diskusi dan konsultasi dengan beberapa ahli di Bidang Kesehatan Jiwa. Masukan dari para ahli sangat penting.

Hasil pengujian didapatkan bahwa, pada sepuluh butir pertanyaan untuk instrumen perilaku didapatkan kisaran koefisien korelasi item-total adalah 0,120-0,582. Hasil pengujian sepuluh butir

pertanyaan untuk instrumen sikap didapatkan koefisien korelasi item-total adalah 0,114-0,470. Sedangkan hasil pengujian terhadap dua puluh butir pertanyaan untuk instrumen pengetahuan didapatkan koefisien korelasi item-total adalah -0,103-0,430. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat beberapa butir pertanyaan yang mempunyai korelasi yang lemah terhadap keseluruhan butir pertanyaan dari masing-masing instrumen serta secara internal tidak konsisten, yaitu butir pertanyaan dengan koefisien korelasi item-totalnya kurang dari 0,202 (nilai 0,202 diambil dari nilai r tabel (koefisien korelasi) dengan taraf signifikansi 5%).⁹ Hal ini dapat dilihat pada pertanyaan no. 3 dan 9 pada perilaku, serta pertanyaan no. 2, 9 dan 10 pada sikap, dan pertanyaan no. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 17, dan 20 pada pengetahuan. Butir pertanyaan-pertanyaan ini mempunyai koefisien korelasi butir-total kurang dari 0,20. Pertanyaan-pertanyaan dengan koefisien korelasi butir-total kurang dari 0,20 sebaiknya dikeluarkan dan ditulis ulang jika perlu.^{11,18}

Untuk validitas, faktor-faktor yang mempengaruhi adalah:^{19,20}

1. Arahan tes yang disusun dengan makna tidak terlalu jelas dapat mengurangi validitas tes.
2. Kata-kata yang digunakan dalam struktur instrument, dibuat tidak terlalu sulit.
3. Tingkat kesulitan butir tes tidak tepat dengan materi pembelajaran yang diterima.
4. Susunan tes yang tidak baik dan penyusunan butir tes yang tidak runut.

5.3 *Cronbach's Alpha* dan Reliabilitas Konsistensi Internal

Mengenai besarnya nilai terendah *Cronbach's Alpha* yang bisa dipakai sebagai patokan untuk mengukur konsistensi suatu instrumen memang tidak ada ketentuan yang pasti. Berikut adalah nilai konsistensi internal *Cronbach's Alpha* yang sering digunakan.¹⁰

Nilai Cronbach's alpha

<i>Cronbach's alpha Internal consistency</i>	
$\alpha \geq .9$	<i>Excellent</i>
$.9 > \alpha \geq .8$	<i>Good</i>
$.8 > \alpha \geq .7$	<i>Acceptable</i>
$.7 > \alpha \geq .6$	<i>Questionable</i>
$.6 > \alpha \geq .5$	<i>Poor</i>
$.5 > \alpha$	<i>Unacceptable</i>

Nilai *Cronbach's Alpha* pada penelitian ini, yaitu pada instrumen perilaku, sikap dan pengetahuan berturut-turut adalah 0,647, 0,613, 0,590. Hal ini menandakan bahwa instrumen ini masih belum dapat benar-benar diterima, karena masih berada pada taraf “dipertanyakan” dan “buruk” konsistensi internalnya.^{10,11}

Cronbach's Alpha if Item Deleted merupakan suatu teknik untuk menguji apakah pertanyaan-pertanyaan dalam instrumen tersebut jika dihilangkan dapat meningkatkan nilai konsistensi, atau justru melemahkannya.¹¹

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi reliabilitas suatu instrumen.^{18,19}

1. Panjang tes, semakin panjang suatu tes, semakin banyak jumlahbutirmateri yang diukur.
2. Penyebaran skor, koefisien reliabilitas secara langsung dipengaruhi oleh bentuk sebaran skor dalam kelompok responden yang di ukur. Semakin tinggi sebaran, semakin tinggi estimasi koefisien reliable.
3. Kesulitan tes, tes yang terlalu mudah atau terlalu sulit, cenderung menghasilkan skor reliabilitas rendah.
4. Objektivitas, yang dimaksud dengan objektif yaitu derajat dimana siswa dengan kompetensi sama, mencapai hasil yang sama.

Pada instrumen perilaku, pada pertanyaan no. 3, didapatkan *Cronbach's Alpha if Item Deleted* 0,657, yang berarti, bila pertanyaan ini dihilangkan, akan didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* yang meningkat cukup signifikan. Dengan demikian, pertanyaan no. 3 dianggap melemahkan konsistensi instrumen tersebut sehingga jika dihilangkan justru akan lebih

baik bagi instrumen ini. Hal ini juga diperkuat bila melihat koefisien korelasi item-totalnya kurang dari 0,20, sehingga pertanyaan no. 3 ini lebih baik dibuang atau ditulis ulang. Demikian juga yang terjadi pada pertanyaan perilaku no. 9.

Pada pertanyaan perilaku no. 3 dan 9:

3	Terhadap orang-orang dengan ketergantungan obat, setelah mereka bisa berhenti, selanjutnya Saya berfokus pada kondisinya.
9	Orang yang datang dengan keluhan sulit tidur, perlu dipikirkan kemungkinan adanya gangguan jiwa

Ketika pertanyaan-pertanyaan ini dihilangkan dan dihitung kembali, nilai *Cronbach's Alpha* meningkat menjadi 0,667, dari 0,647. Peningkatan ini cukup signifikan, namun masih berada dibawah nilai yang dapat diterima pada taraf "baik", yaitu 0,7. Setelah pertanyaan tersebut dihilangkan dan dinilai kembali *Cronbach's Alpha if Item Deleted*-nya, nilai setiap itemnya menjadi melemahkan bila setiap butir dihilangkan. Berarti dari pertanyaan-pertanyaan ini tidak ada yang bisa dihilangkan untuk memperbaiki nilai *Cronbach's Alpha* kembali. Hal ini menunjukkan bahwa pertanyaan-pertanyaan pada bagian perilaku ini harus diperbaiki sebelum dilakukan pengujian kembali. Pertanyaan-pertanyaan ini mempunyai nilai yang kurang dibanding pertanyaan-pertanyaan lain kemungkinan karena pertanyaan mempunyai jawaban para responden yang terlalu mengumpul pada satu pilihan atau dua pilihan, sehingga sebaran skor kurang menyebar, sehingga mempengaruhi nilai. Hal ini kemungkinan karena pertanyaan terlalu mudah atau terlalu menjurus pada jawaban yang diinginkan.

Pada pertanyaan sikap no. 2, ketika pertanyaan tersebut dihilangkan, nilai *Cronbach's Alpha* meningkat menjadi 0,623, yang berarti juga mengalami peningkatan dari 0,613, meskipun masih berada dibawah nilai yang dapat diterima. Setelah pertanyaan tersebut dihilangkan dan dinilai kembali *Cronbach's Alpha if Item Deleted*-nya, terdapat butir pertanyaan yang bila dihilangkan akan meningkatkan nilai *Cronbach's Alpha*, yaitu pertanyaan no. 9, menjadi 0,631, yang masih berada dibawah 0,7.

2	Orang skizofrenia perlu segera mendapat pertolongan medis
9	Seseorang dengan gangguan panik memerlukan pertolongan medis

Pertanyaan-pertanyaan ini sebenarnya cukup singkat, namun mempunyai nilai yang berada dibawah pertanyaan lain, sehingga bila pertanyaan ini dihilangkan akan memperbaiki nilai *Cronbach's Alpha* meskipun tidak terlalu banyak. Hal ini kemungkinan disebabkan karena pertanyaan terlalu mudah atau terlalu menjurus, sehingga jawaban responden mengumpul pada satu atau dua jawaban, sehingga sebaran skornya kurang menyebar dan mempengaruhi nilai. Hal ini juga masih menunjukkan bahwa pertanyaan-pertanyaan pada bagian sikap ini harus diperbaiki sebelum melakukan pengujian kembali.

Dari pertanyaan pengetahuan no. 7, 17, 20, mempunyai nilai koefisien korelasi butir-total yang jauh lebih rendah dibandingkan pertanyaan pengetahuan lain serta ketika pertanyaan tersebut dihilangkan, nilai *Cronbach's Alpha* meningkat menjadi 0,656, yang berarti juga mengalami peningkatan dari 0,590, meskipun masih berada dibawah nilai yang dapat diterima. Setelah pertanyaan tersebut dihilangkan dan dinilai kembali *Cronbach's Alpha if Item Deleted*-nya, nilai setiap itemnya menjadi melemahkan bila setiap butir dihilangkan. Berarti dari pertanyaan-pertanyaan ini tidak ada yang bisa dihilangkan untuk memperbaiki nilai *Cronbach's Alpha* kembali.

7	Obat lini pertama untuk orang skizofrenia adalah	<ul style="list-style-type: none"> a. Antipsikotik generasi pertama b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) d. Antidepresan Trisiklik e. Benzodiazepin
17	Orang-orang dengan gangguan cemas, untuk tatalaksana jangka panjang lebih baik diberikan	<ul style="list-style-type: none"> a. Benzodiazepin b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan d. Mood stabilizer e. Antipsikotik tipik
20	Tatalaksana orang-orang dengan gaduh gelisah sebaiknya,	<ul style="list-style-type: none"> a. Langsung dilakukan fiksasi b. Langsung diberikan obat minum c. Langsung diberikan obat suntik d. Dilakukan intervensi verbal dahulu e. Didiamkan saja

Pertanyaan-pertanyaan tersebut mendapatkan nilai yang berada dibawah nilai pertanyaan lain kemungkinan karena soal tersebut terlalu sulit untuk para dokter Puskesmas, atau istilah atau bahasa yang dipergunakan

jarang didengar oleh para dokter Puskesmas. Seperti pertanyaan no. 7, obat-obat yang tersedia di Puskesmas adalah merupakan antipsikotik generasi pertama, sehingga kemungkinan yang mereka anggap sebagai obat lini pertama adalah obat-obat tersebut. Istilah antipsikotik generasi pertama juga kemungkinan jarang mereka dengar, karena para dokter Puskesmas lebih mengenal nama obat seperti Haloperidol, bukan golongan obat. Untuk pertanyaan no. 17, dokter Puskesmas kemungkinan jarang mendapat pengetahuan baru tentang tatalaksana gangguan cemas, sehingga yang mereka ketahui tentang obat untuk gangguan cemas adalah anti cemas yaitu Benzodiazepin, yang juga tersedia di Puskesmas. Atau pertanyaan yang diajukan tidak sesuai dengan situasi Puskesmas, seperti pertanyaan pengetahuan no.20 yang lebih cocok untuk situasi rumah sakit. Hal ini juga masih menunjukkan bahwa pertanyaan-pertanyaan pada bagian pengetahuan ini harus diperbaiki sebelum melakukan pengujian kembali.

Dari hasil analisis data diatas, terlihat bahwa instrumen pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa ini, validitas dan reliabilitasnya masih rendah dan belum dapat dipercaya.

Pada tingkat pengetahuan total, didapatkan responden yang lulus diatas tahun 2005 pengetahuannya lebih baik dibandingkan responden yang lulus sebelum tahun 2005. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan kurikulum pendidikan dokter yang didapatkan.

5.4 Analisis Bivariat

Ketika dilakukan analisis bivariat untuk karakteristik demografi yaitu asal lulus, tahun lulus dan pelatihan jiwa yang pernah didapat untuk melihat perbedaan terhadap pengetahuan, didapatkan bahwa pada asal lulus dan pelatihan jiwa yang pernah didapat, tidak ada perbedaan bermakna terhadap tingkat pengetahuan. Sedangkan untuk tahun lulus, ternyata didapatkan perbedaan yang bermakna terhadap tingkat pengetahuan, demikian juga ketika tahun lulus dibagi menjadi sebelum tahun 2005 dan setelah tahun 2005. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan perubahan kurikulum setelah tahun 2005 yang menjadi KURFAK 2005 yang berbasiskan kompetensi.

Tabel 5.1 Hasil Analisis Bivariat Tahun Lulus dan Pengetahuan

Variabel	Pengetahuan		P
	Baik (%)	Buruk (%)	
Pelatihan			
Pernah	22 (32.4)	7 (24.1)	0.418
Tidak Pernah	46 (67.6)	22 (75.9)	
Tahun Lulus			
≥2005	23 (33.8)	2 (6.9)	0.006
<2005	45 (66.2)	27 (93.1)	
Asal Lulusan			
Pulau Jawa	57 (83.8)	19 (65.5)	0.157
Luar pulau Jawa	11 (16.2)	10 (34.5)	

Pearson Chi-Square

5.6 Kelemahan Penelitian

Penelitian ini tidak mempunyai baku emas sebagai standar, sehingga pertanyaan-pertanyaan pada instrumen ini tidak bisa dilakukan perbandingan untuk melihat bagaimana validitas kriterianya.

Pertanyaan-pertanyaan tentang pengetahuan pada instrumen ini baru mengakomodasi unsur *recall* pada ranah kognitif sehingga masih dianggap kurang untuk pertanyaan berupa tes pada pengetahuan.

Instrumen pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa ini sebelum disebarkan kepada dokter Puskesmas, diujicoba dulu kepada dokter umum Peserta Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang tidak semuanya pernah bertugas di Puskesmas, serta tahun lulus yang berbeda dengan populasi sehingga kemungkinan tidak mewakili sampel yang dituju.

Instrumen ini diujicoba hanya satu kali dan setelah diperbaiki langsung disebarkan kepada sampel yang dituju, sehingga kemungkinan pertanyaan-pertanyaan pada instrumen ini belum cukup mengalami perbaikan.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian pengembangan instrumen untuk menilai pengetahuan sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa ini masih belum dapat menghasilkan instrumen yang validitas dan reliabilitasnya dapat dipercaya. Validitas dan reliabilitas instrumen pada penelitian ini dapat diterima, namun pada tingkatan yang “dipertanyakan” atau “buruk”.

Pada saat ini masih belum terdapat instrumen untuk mengukur pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut untuk memperbaiki instrumen ini, namun penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk melanjutkan penelitian selanjutnya sehingga dapat menghasilkan instrumen yang validitas dan reliabilitasnya baik.

Pada instrumen ini terdapat beberapa pertanyaan yang mempunyai koefisien korelasi denganbutirlain lemah, serta bila pertanyaan dihilangkan akan meningkatkan nilai seperti pertanyaan perilaku no. 3 dan 9, serta pertanyaan sikap no 2 dan 9, dan pertanyaan pengetahuan no. 7, 17 dan 20. Dengan demikian pertanyaan-pertanyaan ini perlu diperbaiki.

Disamping itu, juga terdapat butir-butir pertanyaan yang koefisien korelasinya cukup kuat dengan butir pertanyaan lain serta bila pertanyaan tersebut dihilangkan akan melemahkan nilai *Cronbach's Alpha*. Seperti butir pertanyaan perilaku no. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, terutama pertanyaan perilaku no. 2 dan 8.

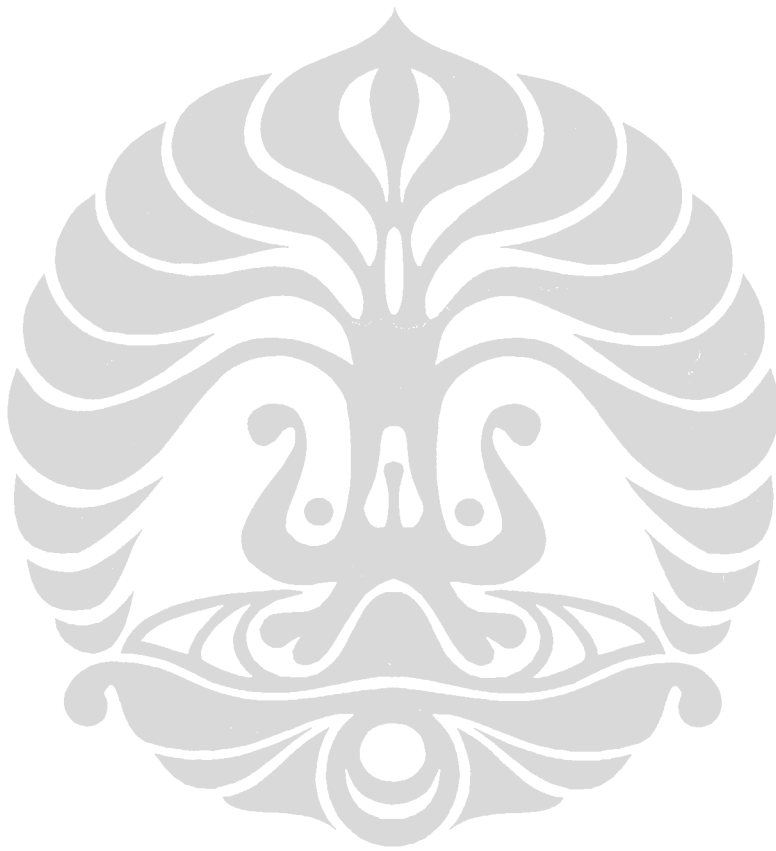
Demikian juga pada pertanyaan sikap, terdapat pertanyaan yang mempunyai koefisien korelasi cukup kuat dan melemahkan nilai *Cronbach's Alpha* seperti pertanyaan sikap no. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, terutama pertanyaan sikap no. 5, 6, 8.

Demikian juga pada pertanyaan pengetahuan, terdapat beberapa pertanyaan yang mempunyai korelasi cukup kuat dan bila pertanyaan tersebut dihilangkan akan melemahkan nilai *Cronbach's Alpha*, seperti pertanyaan pengetahuan no. 2, 3, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 dan 19. Terutama pertanyaan no. 3, 12 dan 19.

Dalam perbaikan instrumen, sebaiknya pertanyaan-pertanyaan lebih disederhanakan bahasanya, setiap pertanyaan hanya memuat satu ide dan tidak

menimbulkan beberapa tafsiran yang berbeda dan dibuat lebih singkat untuk mempermudah responden mengerti arti pertanyaan dan menjawab dengan lebih tepat, serta dibuat sesuai dengan situasi kerja responden.

Dalam perbaikan instrumen tersebut, setelah pertanyaan diperbaiki, sebaiknya dikonsultasikan pada ahli pendidikan kedokteran terlebih dahulu, diperbaiki kembali, baru kemudian diuji coba.



Daftar Pustaka

1. Micskus M, Colenda CC, Hogan AJ. *Knowledge of Mental Health Benefits and Preferences for Type of Mental Health Providers Among the General Publicatric*. Psychiatric Services 2000; **51** No 2.
2. Pill R, Prior L, Wood F. *Lay attitudes to professional consultations for common mental disorder: a sociological perspective*. British Medical Bulletin 2001; **57**:207-219.
3. Direktorat Bina Kesehatan Jiwa Kemenkes RI. Implementasi Lintas Program dan Lintas Sektor Dalam Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial.
4. Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Provinsi Sumatera Barat 2007. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia. 2008. Tersedia di: www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/download.htm.
5. Laporan Evaluasi Akhir di Bidang Kesehatan Jiwa. Program Peningkatan Kapasitas Fase Pemulihan Pasca Bencana di Kabupaten Padang Pariaman Tim Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Indonesia 2010.
6. Hasil Penilaian kebutuhan Tenaga Kesehatan Layanan Kesehatan Jiwa Tingkat Primer. Kabupaten Padang Pariaman Januari 2010. Divisi Komunitas Departemen Psikiatri FKUI-RSCM, 2010.
7. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007. hal 133-151.
8. KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN RI NOMOR: 658/Menkes/SK/IV/2005 tentang PEDOMAN PENILAIAN TENAGA KESEHATAN TELADAN DI PUSKESMAS. Pedoman Penilaian Tenaga Kesehatan Teladan Di Puskesmas Tahun 2008. Tersedia di: www.ighealth.org/id/regulation/.../38/Kepmenkes-568-Tahun-2008
9. Sugiyono. Metode Penelitian Administrasi dilengkapi Metode R&D. CV Alfabeta. Bandung. 2010.

10. *Cronbach's alpha*. *Wikipedia, free encyclopedia*. Tersedia di http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Cronbach%27s_alpha&oldid=461816351
11. Griffin BW. Cronbach's Alpha (measure of internal consistency). EDUR 9131 Advanced Educational Research. c2005. Tersedia di: http://www.bwgriffin.com/gsu/courses/edur9131/content/cronbach/cronbachs_alpha_spss.htm.
12. Buku Panduan Staf Pengajar (BPSP). Modul Praktik Klinik Ilmu Psikiatri 2010-2011. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia 2010-2011.
13. Item Writing Guidelines. Guidelines for Developing the MCQs and the MCQ Examination. National Competence Examination for Indonesian Health Professional. c2011. Tersedia di: www.ukdinc_121itemwrit.php.htm.
14. Buku pedoman pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Departemen Kesehatan Ditjen Bina Pelayanan Medik. Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa. Jakarta 2006.
15. Sudigdo S, Ismael S. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi 2. CV Sagung Seto. Jakarta, 2002.
16. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Jakarta. 1993.
17. Kaplan HI, Sadock BJ, Ruiz P. Kaplan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2009.
18. Murti B. Validitas dan reliabilitas. Matrikulasi Program Studi Doktorat, Fakultas Kedokteran, UNS, Mei 2011.
19. Binham. Validitas dan reliabilitas sebuah instrumen. www.binham.wordpress.com. Januari 7, 2012.
20. Sugiharto B. Validitas dan Reliabilitas: Bab VII Analisis Instrumen. Tersedia di <http://www.bowo.staff.fkip.uns.ac.id/files201011>.

Lampiran I

Lembar Informasi Untuk Subjek Penelitian

Peneliti Utama : dr. Arma Diani
Alamat : Departemen Psikiatri FKUI/RSCM
Jalan Salemba 6 Jakarta Pusat

Sejawat yang terhormat, saat ini kami dari Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI)/ RSUPN Cipto Mangunkusumo (RSCM) sedang melakukan penelitian dengan judul **“PENGEMBANGAN INSTRUMEN UNTUK MENILAI PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU DOKTER PUSKESMAS TERHADAP GANGGUAN JIWA.”**

Tujuan

Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan alat ukur yang dapat menilai pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa yang akurat, stabil dan terpercaya.

Gangguan jiwa sering salah dimengerti, ditakuti dan distigmatisasi. Terdapat preferensi yang kuat di masyarakat bahwa dokter umum merupakan kontak awal dalam mencapai kebutuhan kesehatan jiwa. Namun, dokter pada pelayanan primer tidak banyak menemukan pasien gangguan jiwa pada pasiennya dan tidak mempunyai waktu atau kecenderungan untuk menangani pasien secara efektif.

Terdapat kesenjangan pengobatan antara estimasi pengobatan dan pasien yang mencari pengobatan ke Puskesmas, serta antara prevalensi gangguan mental emosional dan angka utilisasi. Sehingga banyak kasus gangguan jiwa di masyarakat yang belum dapat dikenali apalagi mendapat pengobatan. Terjadinya perbedaan diatas kemungkinan disebabkan adanya pengetahuan yang kurang terhadap gangguan jiwa sehingga kemungkinan mempengaruhi sikap dan perilaku dalam mengenali gangguan jiwa.

Melihat pentingnya penilaian tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa untuk meningkatkan pengenalan terhadap gangguan jiwa, maka alat untuk mengukur tingkat

pengetahuan serta mengetahui gambaran sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa diperlukan.

Prosedur

Apabila Sejawat adalah dokter yang bertugas di Puskesmas, maka kami mengundang Sejawat untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila Sejawat berminat berpartisipasi dalam penelitian ini, Sejawat akan menjalani prosedur berikut:

- Mengisi kuesioner untuk mengetahui data diri berupa nama, jenis kelamin, umur, alamat tugas, asal universitas, tahun lulus.
- Menjawab kuesioner mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap gangguan jiwa.

Dampak

Partisipasi Sejawat dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tidak memberikan dampak apapun terhadap Sejawat, sehingga Sejawat dapat mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja. Saya menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diberikan serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Apabila Sejawat memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini maka Sejawat akan diminta menandatangani formulir surat persetujuan yang menyatakan bahwa Sejawat telah mendapat penjelasan tentang penelitian ini dan Sejawat bersedia untuk berpartisipasi secara sukarela.

Jika ada sesuatu yang belum jelas, peneliti akan menjawab semua pertanyaan yang diajukan Sejawat atau keluarga Sejawat tentang penelitian ini. Untuk itu Sejawat dapat menghubungi : dr. Arma Diani di Departemen Psikiatri FKUI/RSCM, telp 081363104525, email deakmal@gmail.com.

Lampiran II

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Judul Penelitian : Pengembangan instrumen untuk menilai pengetahuan, gambaran sikap dan perilaku dokter Puskesmas terhadap gangguan jiwa

Nama Partisipan : _____
Jenis kelamin : _____
Tanggal lahir (usia) : _____

1. Saya menegaskan bahwa Saya telah membaca lembar informasi dan telah mendapat penjelasan mengenai penelitian diatas, dan Saya telah mendapat kesempatan untuk mengajukan pertanyaan.
2. Saya memahami bahwa tidak ada efek samping atau komplikasi yang timbul dalam penelitian ini.
3. Saya memahami bahwa partisipasi Saya dalam penelitian ini bersifat sukarela dan Saya bebas mengundurkan diri setiap waktu.
4. Saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Jakarta, _____

Partisipan

(_____)

Lampiran III

Kuesioner Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Dokter Puskesmas terhadap Gangguan

Jiwa.

No. Responden :

Tanggal Pengisian :

Usia :tahun Jenis kelamin: L / P

Tempat tanggal lahir :

Agama :

Lulusan :

Tahun lulus :

Tempat tugas :

Kategori tempat tugas : Biasa Terpencil Sangat terpencil

Tahun mulai bertugas :

Status Kepegawaian :

Pelatihan jiwa yang pernah didapat:

Nama Pelatihan	Waktu/Tahun	Lama pelatihan (hari)	Penyelenggara

Cara pengisian instrumen

Isilah penilaian anda dengan memberikan tanda X pada pilihan anda.

Perilaku terhadap gangguan jiwa

1	Orang yang datang dengan keluhan terdapat riwayat demam dan perubahan perilaku hingga gaduh gelisah, Saya berfokus pada kondisi gaduh gelisahnya.	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu	d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
2	Pada orang lanjut usia yang sudah sering lupa dan datang dengan keluhan-keluhan fisik, Saya berfokus pada keluhan fisiknya.	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu	d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
3	Terhadap orang-orang dengan ketergantungan obat, setelah mereka bisa berhenti, selanjutnya Saya berfokus pada kondisi fisiknya.	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu	d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
4	Pada pengobatan orang Skizofrenia, kepatuhan minum obat menjadi tanggungjawab orang yang merawatnya.	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu	d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
5	Bila menemukan orang dengan Skizofrenia, Saya akan langsung merujuk	a. Sangat setuju b. Setuju	d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju

		c. Ragu-ragu
6	Pada orang-orang yang sering merasa sedih hingga ada pikiran bunuh diri, maka Saya perlu memberikan nasihat kepada orang tersebut sebagai pengobatan utama.	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
7	Orang yang berulang kali merasa mendapat serangan jantung sedangkan pada berbagai pemeriksaan tidak ditemukan kelainan apa-apa, Saya akan mengobati sesuai keluhannya	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
8	Orang yang berulang kali datang dengan banyak keluhan pada tubuhnya akan langsung Saya berikan obat sesuai keluhannya	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
9	Orang yang datang dengan keluhan sulit tidur, perlu dipikirkan kemungkinan adanya gangguan jiwa	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
10	Orang yang datang dengan keluhan sering merasa tegang, cemas berlebihan, tidak memerlukan terapi obat.	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju

Sikap terhadap gangguan jiwa

No	Pertanyaan	Dijawab oleh responden
1	Orang skizofrenia sering digambarkan sebagai orang yang berbahaya	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
2	Orang skizofrenia perlu segera mendapat pertolongan medis	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
3	Orang skizofrenia tidak dapat dipulihkan	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
4	Orang depresi memerlukan pengobatan secara medis	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
5	Orang depresi merupakan seseorang yang sulit diajak bicara	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
6	Orang depresi tidak dapat pulih seperti semula	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
7	Seseorang dengan gangguan cemas paling tepat digambarkan sebagai seseorang yang melebih-lebihkan keadaan	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
8	Seseorang dengan gangguan cemas sulit untuk dipulihkan	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
9	Seseorang dengan gangguan panik memerlukan pertolongan medis	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju
10	Seseorang dengan demensia sudah tidak dapat dipulihkan lagi	a. Sangat setuju b. Setuju c. Ragu-ragu d. Tidak setuju e. Sangat tidak setuju

Pengetahuan terhadap gangguan jiwa

No	Pertanyaan	Dijawab oleh responden
1	Orang yang mengalami halusinasi dan atau waham yang sangat jelas selama minimal satu bulan dapat didiagnosis sebagai	a. Skizofrenia b. Depresi dengan ciri psikotik c. Psikotik akut d. Skizoakfektif e. Bipolar dengan ciri psikotik
2	Orang yang mempunyai dorongan atau pikiran yang berulang, dan mengganggu meskipun telah coba diabaikan adalah orang dengan	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan obsesif compulsif c. Gangguan panik d. Skizofrenia e. Depresi
3	Orang-orang yang merasa cemas sepanjang hari hampir setiap hari adalah orang dengan	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan obsesif compulsif c. Gangguan panik d. Skizofrenia e. Depresi
4	Orang yang datang dengan perilaku kacau yang terjadi secara tiba-tiba, hilang timbul sepanjang hari, sulit mempertahankan, mengalihkan dan memusatkan perhatian adalah orang dengan	a. Skizofrenia b. Psikotik akut c. Delirium d. Gangguan mood e. Gangguan cemas
5	Orang yang datang dengan demam dan keluhan gaduh gelisah tiba-tiba tanpa pernah ada riwayat sebelumnya adalah merupakan orang	a. Skizofrenia b. Psikotik akut c. Delirium d. Gangguan mood e. Gangguan cemas
6	Obat lini pertama untuk orang depresi adalah	a. Antipsikotik generasi pertama b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) d. Antidepresan Trisiklik e. Benzodiazepin
7	Obat lini pertama untuk orang skizofrenia adalah	a. Antipsikotik generasi pertama b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) d. Antidepresan Trisiklik e. Benzodiazepin
8	Orang yang mengalami sedih yang berkepanjangan, merasa tidak punya tenaga disertai dengan hilang minat terhadap aktivitas sehari-hari merupakan orang dengan	a. Depresi b. Skizofrenia c. Gangguan cemas d. Psikotik akut e. Delirium
9	Orang yang datang dengan gejala mirip serangan jantung yang hilang timbul dan datang tiba-tiba tidak tentu waktu adalah merupakan orang dengan	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan panik c. Gangguan mood d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres paska trauma
10	Orang dengan keluhan sering merasa tegang, sulit tidur, cemas terhadap hampir segala hal, adalah merupakan orang dengan	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan panik c. Gangguan mood d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres paska trauma
11	Orang yang datang dengan berbagai keluhan fisik yang tidak dapat dijelaskan dan sulit penyembuhannya, kemungkinan terdapat	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan panik c. Gangguan somatosasi d. Gangguan penyesuaian

		e. Gangguan stres paska trauma
12	Orang yang datang setelah mengalami suatu kejadian yang mengancam jiwa dengan keluhan kadang-kadang merasa mengalami kembali kejadian tersebut, ketakutan, tegang, menghindari membicarakan kejadian meskipun telah berlangsung lebih dari 6 bulan adalah mengalami	a. Gangguan cemas menyeluruh b. Gangguan panik c. Gangguan somatisasi d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres pasca trauma
13	Orang yang yakin dirinya mengalami suatu penyakit walaupun dari berbagai hasil pemeriksaan medis tidak ditemukan kelainan adalah merupakan orang dengan	a. Gangguan somatisasi b. Hipokondriasis c. Gangguan konversi d. Gangguan penyesuaian e. Gangguan stres pasca trauma
14	Orang yang datang dengan banyak bicara dan banyak ide, merasa hebat, banyak energi, selalu merasa senang, yang telah dialami beberapa kali kemungkinan adalah orang	a. Skizofrenia b. Gangguan cemas c. Gangguan bipolar d. Depresi e. Psikotik akut
15	Gejala perilaku dan emosional yang timbul sebagai respon dari suatu stressor adalah merupakan	a. Depresi b. Gangguan penyesuaian c. Gangguan cemas d. Psikotik akut e. Gangguan panik
16	Orang dengan gangguan seperti di atas, bila stresornya dihilangkan, orang tersebut akan mengalami	a. Gejala akan tetap bertahan lebih dari 6 bulan b. Dapat sembuh seperti semula c. Gejala bertahan tidak lebih dari 6 bulan d. Jawaban a dan b benar e. jawaban b dan c benar
17	Orang-orang dengan gangguan cemas, untuk tatalaksana jangka panjang lebih baik diberikan	a. Benzodiazepin b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan d. Mood stabilizer e. Antipsikotik tipik
18	Orang-orang dengan gangguan mood, untuk mengatasi perubahan moodnya, diberikan	a. Benzodiazepin b. Antipsikotik atipik c. Antidepresan d. Mood stabilizer e. Antipsikotik tipik
19	Pada orang yang datang dengan percobaan bunuh diri atau mempunyai ide-ide bunuh diri, seharusnya	a. Diberikan nasehat b. Dirawat di rumah sakit c. Dimarahi d. Diberi teguran e. Dibiarkan seperti biasa
20	Tatalaksana orang-orang dengan gaduh gelisah sebaiknya,	a. Langsung dilakukan fiksasi b. Langsung diberikan obat minum c. Langsung diberikan obat suntik d. Dilakukan intervensi verbal dahulu e. Didiamkan saja